

2º CICLO  
MESTRADO EM GESTÃO E ECONOMIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

# Impacto da Introdução de um Sistema de Saúde Oral no Serviço Nacional de Saúde Português

Tânia Alexandra Soares de Pinho

M  
2016



Impacto da Introdução de um Sistema de Saúde Oral no Serviço Nacional de Saúde Português

Tânia Alexandra Soares de Pinho







# **Impacto da Introdução de um Sistema de Saúde Oral no Serviço Nacional de Saúde Português**

por

**Tânia Alexandra Soares de Pinho**

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde

Orientada por:

Professor Doutor Álvaro Santos Almeida

Setembro de 2016

## **Nota Bibliográfica**

Tânia Alexandra Soares de Pinho nasceu a 22 de Abril de 1991 em Vale de Cambra.

Após completar o 12º ano no curso de Ciências e Tecnologias, na Escola Secundária de Vale de Cambra, ingressou na Licenciatura em Radioterapia, na Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, que concluiu em 2013.

Atualmente, exerce funções enquanto Radioterapeuta, no Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil E.P.E..

## **Agradecimentos**

É com satisfação que expresso os meus mais sinceros agradecimentos a todas as pessoas que me acompanharam durante o desenvolvimento desta dissertação de mestrado e, que de alguma forma, tornaram possível a conclusão de mais uma etapa da minha vida.

Começo por agradecer ao Professor Doutor Álvaro Almeida pela orientação, sugestões e ensinamentos prestados ao longo do desenvolvimento deste projeto.

Aos meus pais, Carlos e Carla, um muito obrigada por todo o carinho, confiança e motivação incondicional durante toda esta etapa. Ao Jorge, as palavras são poucas para agradecer toda a motivação, encorajamento, presença e companheirismo. Sem vocês esta caminhada certamente teria sido mais longa.

Às amigas e companheiras desta jornada, Cristiana e Catarina, obrigada por todos os momentos de interajuda, companheirismo e sobretudo, amizade.

À Sara C. e ao Vitor, agradeço de forma especial todos os minutos dedicados a este projeto. À Diana, à Melodia, à Sara M. e à Lisandra, obrigada pela amizade que perdura no tempo.

Agradeço ainda à Faculdade de Economia da Universidade do Porto e a todos os professores que, durante estes dois anos contribuíram para a minha formação e crescimento pessoal.

## Resumo

As doenças orais estão predominantemente relacionadas com desigualdades no acesso a cuidados de saúde oral. O impacto que as doenças orais podem ter sobre a população traduz-se não só em dor e sofrimento, mas também na redução da qualidade de vida, produtividade e por conseguinte, num impacto económico negativo. Uma parte significativa da população afirma ter necessidades não satisfeitas em saúde oral, de diferentes naturezas, sendo que a principal barreira diz respeito ao elevado custo associado a este tipo de cuidados.

O presente estudo teve como objetivo elaborar uma estimativa de custos que traduza o impacto da introdução de um sistema de saúde oral no SNS português e avaliar os possíveis impactos no estado de saúde da população. Para tal, foram analisados vários sistemas de saúde oral implementados em países pertencentes à UE e à OCDE, com um sistema de saúde do tipo *beverigiano*, resultando numa amostra de sete países.

A Finlândia foi o país que melhor se enquadrou no cenário português, nos termos analisados, permitindo estimar o custo de implementação de um sistema de saúde oral em Portugal. Os principais resultados apontam para custos na ordem dos 542 milhões de euros, representando um custo *per capita* de 52.22 euros, e os custos operacionais do projeto implicam um investimento de aproximadamente 190 milhões de euros, para uma taxa de utilização hipotética de 50% por parte da população.

Apesar de Portugal apresentar valores para os indicadores de saúde oral muito abaixo da média europeia, verifica-se que, com algum esforço por parte do sistema de saúde, é possível melhorar os mesmos, contribuindo para uma melhor saúde da população. O grande desafio passa pela capacidade de implementar um sistema de saúde oral acessível e equitativo, adotando medidas e estratégias de promoção e prevenção em saúde oral.

**Palavras chave:** sistema de saúde oral; Serviço Nacional de Saúde; saúde oral como uma necessidade não satisfeita; acesso aos cuidados de saúde oral.

## **Abstract**

Oral diseases are predominantly related to inequalities in the access to oral health care. The impact that oral diseases may have in the population is reflected not only in pain and suffering, but also in reduced quality of life, productivity and, therefore, a negative economic impact. A significant part of the population claims to have unmet needs in oral health of different natures and the primary barrier is the high cost associated to it.

This study aimed to estimate the cost of the impact in the introduction of an oral health system in the Portuguese NHS and evaluate the possible impact on the population's health status. So, it was analyzed several oral health systems implemented in EU countries and in the OECD, with a beveridge health system, resulting in a sample of seven countries.

Finland was the most similar to Portuguese scenario, according to this analysis, allowing to estimate the cost of implementing an oral health system in Portugal. The main results evaluated costs around 542 million euros, representing a cost of 52.22 euros per capita, and the project's operating costs required an investment of approximately 190 million euros, for an hypothetical utilization rate of 50% by of the population.

Although Portugal shows oral health indicators values below the European average, it seems that with some effort by the health system, it's possible to improve them, contributing to better health. The big challenge is the ability to implement an accessible and equitable oral health system, adopting measures and strategies of oral health prevention.

**Keywords:** oral health system; National Health Service; unmet needs for dental care; access to oral health care.

# Índice Geral

Nota Bibliográfica .....	i
Agradecimentos .....	ii
Resumo .....	iii
Abstract .....	iv
Índice Geral .....	v
Índice de Figuras .....	vi
Índice de Tabelas.....	vii
Lista de Acrónimos e Siglas .....	viii
1. Introdução.....	1
2. Revisão da Literatura.....	4
2.1. Conceitos de Saúde Oral .....	4
2.2. Saúde Oral em Portugal e no Mundo .....	5
2.3. Determinantes da Saúde Oral .....	7
2.4. Saúde Oral como uma Necessidade Não Satisfeita.....	9
2.5. Acesso aos Cuidados de Saúde Oral .....	12
2.6. Recursos em Saúde Oral .....	14
2.6.1. Recursos Humanos.....	14
2.6.2. Recursos Materiais .....	19
2.7. Impacto Económico da Saúde Oral.....	19
2.8. Financiamento dos Cuidados de Saúde Oral.....	21
2.9. Prestação de Cuidados de Saúde Oral em Portugal.....	23
2.9.1. Procura .....	24
2.9.2. Oferta .....	25
2.9.3. Programas de Saúde Oral Desenvolvidos .....	26
3. Metodologia.....	30
4. Sistemas de Saúde Oral .....	37
5. Resultados.....	52
5.1. Comparação Entre os Vários Países.....	52
5.2. Custos de Implementação do Sistema de Saúde Oral no SNS Português .....	58
5.3. Impacto no Estado de Saúde da População Portuguesa .....	66
6. Discussão dos Resultados.....	71
7. Conclusão .....	81
8. Referências Bibliográficas.....	85



## Índice de Figuras

Figura 1. Percentagem de população europeia que possui dentição natural completa, 2009. .....	6
Figura 2. Percentagem de população (<16 anos) com necessidades não satisfeitas em cuidados de saúde oral, 2014. ....	10
Figura 3. Percentagem de população (<16 anos) com necessidades não satisfeitas em cuidados de saúde oral, mediante o nível de educação, 2014.....	11
Figura 4. Distribuição da população mediante o número de Médicos Dentista no ativo. .....	18
Figura 5. Regiões de Referência para Avaliação em Saúde. . ....	34
Figura 6. Despesa em saúde e saúde oral em percentagem do PIB, por país. ....	55
Figura 7. Percentagem de despesa privada em saúde oral, por país, nos anos correspondentes. ....	55
Figura 8. Rácio de Dentistas no ativo face à população, por país, no ano correspondente. .....	56
Figura 9. Número de outros profissionais de saúde oral, por país, no ano correspondente. .....	56
Figura 10. Percentagem da população que visitou um Dentista nos últimos 12 meses, por país. ....	57
Figura 11. Idealização do sistema de saúde oral para integrar no SNS português. ....	59

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Número de cheques-dentista atribuídos, número de cheques-dentista emitidos e taxa de utilização dos mesmos, por grupo beneficiário, em 2014. ....	29
Tabela 2. Estimativa da diferença média salarial anual entre Finlândia e Portugal. ....	32
Tabela 3. Custo associado à operacionalização de um gabinete para prestação de cuidados de saúde oral. ....	35
Tabela 4. Número de Médicos Estomatologistas a desempenhar funções no SNS. ....	49
Tabela 5. Número de Higienistas Orais por 100 mil habitantes, por ARS. ....	50
Tabela 6. Caracterização dos sistemas de saúde oral públicos, por país. ....	52
Tabela 7. Estatísticas relativamente ao PIB <i>per capita</i> e à população, em 2015. ....	53
Tabela 8. Despesa pública e despesa total em saúde oral, por país, para os anos correspondentes. ....	54
Tabela 9. Despesa em saúde oral na Finlândia, por fonte de financiamento, em 2013. .	60
Tabela 10. Número de profissionais de saúde oral a desempenhar funções na rede de CSP na Finlândia, em 2005. ....	61
Tabela 11. Custo de implementação de um sistema de saúde oral no SNS português, com base no sistema da Finlândia. ....	62
Tabela 12. Número de Dentistas e gabinetes necessários por região e taxa de utilização. ....	63
Tabela 13. Custo estimado associado à operacionalização dos gabinetes de prestação de cuidados de saúde oral. ....	65
Tabela 14. Indicadores de saúde oral: cpod, CPOD e livre de cáries. ....	67
Tabela 15. Indicadores de saúde oral: saúde periodontal e aplicação de selantes. ....	67
Tabela 16. Percentagem da população que visitou um Dentista nos últimos 12 meses, nos grupos etários apresentados. .	68

## **Lista de Acrónimos e Siglas**

<b>ACES</b>	Agrupamento de Centros de Saúde
<b>ADSE</b>	Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas
<b>ARS</b>	Administração Regional de Saúde
<b>BAS</b>	Benefícios Adicionais de Saúde
<b>CSP</b>	Cuidados de Saúde Primários
<b>CECDO</b>	Council of European Chief Dental Officers
<b>CPOD</b>	Dentes com Cárie Dentária, Perdidos e Obturados
<b>DGS</b>	Direcção-Geral de Saúde
<b>ERS</b>	Entidade Reguladora da Saúde
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>IARC</b>	International Agency for Research on Cancer
<b>IPO</b>	Instituto Português de Oncologia
<b>IPSS</b>	Instituição Particular de Solidariedade Social
<b>LVT</b>	Lisboa e Vale do Tejo
<b>OCDE</b>	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
<b>OM</b>	Ordem dos Médicos
<b>OMD</b>	Ordem dos Médicos Dentistas
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PNPSO</b>	Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral
<b>PNS</b>	Plano Nacional de Saúde
<b>PPC</b>	Paridade Poder de Compra
<b>RRAS</b>	Região de Referência para Avaliação em Saúde

<b>SAMS</b>	Assistência Médico-Social
<b>SIDA</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>UCC</b>	Unidade de Cuidados na Comunidade
<b>UE</b>	União Europeia
<b>ULS</b>	Unidade Local de Saúde
<b>URAP</b>	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
<b>USO</b>	Unidades de Saúde Oral
<b>VHI</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>WHO</b>	World Health Organization

# 1. Introdução

As doenças orais afetam de forma direta uma determinada parte do corpo, mas as suas consequências podem causar impacto no organismo de uma forma global. Por essa razão, a World Health Organization (WHO) define a saúde oral como sendo essencial para a saúde geral e para a qualidade de vida da população (WHO, 2012).

A prevalência das doenças orais é variável em termos geográficos e de acesso a cuidados de saúde oral. Contudo, estas podem ser reduzidas ou evitadas através da implementação de medidas simples e eficazes, tanto a nível individual como populacional (FDI, 2015). Hoje em dia os principais determinantes das doenças orais são conhecidos e por isso é possível desenvolver uma estratégia rentável de promoção da saúde oral para diminuir o peso da doença e melhorar o estado geral de saúde da população (Petersen, 2008).

As doenças orais estão predominantemente relacionadas com desigualdades no acesso a cuidados de saúde oral, com uma componente comportamental muito forte, resumindo-se a um baixo nível de rendimento, baixo nível educacional e acesso limitado a cuidados de saúde oral publicamente financiados (Cruz, 2014). Desta forma, grande parte da população recorre aos serviços de cuidados de saúde oral apenas em situações de emergência, desconsiderando as indicações preventivas.

De acordo com os dados publicados pelo Eurostat (2016), existe um grupo significativo da população que indica ter necessidades não satisfeitas em termos de saúde, no que respeita a exames médicos ou tratamentos. Uma das áreas que contribui para este elevado número é o setor da saúde oral. Em 2014, cerca de 18.8% da população da UE-28<sup>1</sup> com mais de 16 anos de idade afirma ter necessidades não satisfeitas em relação a exames ou a tratamentos orais, sendo que 15.5% da população refere que deve-se ao facto do acesso a este tipo de cuidados ser muito dispendioso (Eurostat, 2016a).

Em Portugal, pelo menos quatro em cada cinco pessoas atestam ter necessidades não satisfeitas em termos de saúde oral (Eurostat, 2016a). Estes dados vão de encontro ao estudo realizado pela Direcção-Geral de Saúde (DGS) em 2006, que concluiu que a percentagem de crianças e jovens com 6, 12 e 15 anos, livre de cáries dentárias era de

---

<sup>1</sup> União Europeia que compreende 28 estados membros.

51%, 44% e 28%, respetivamente (DGS, 2008). Ainda no mesmo estudo, concluiu-se que os jovens com 12 anos de idade tinham cerca de 38% dos dentes com selantes de fissura aplicados, sendo que destes, 20% tinham 4 ou mais dentes envolvidos (DGS, 2008).

Ao avaliar ainda os dados divulgados pela International Agency for Research on Cancer (IARC) relativos ao ano de 2012, verifica-se que a taxa de incidência de cancro oral em Portugal é de 11.7 casos por 100 mil habitantes, para ambos os sexos, o que coloca Portugal em terceiro lugar no que respeita aos países pertencentes à Europa com uma taxa de incidência mais elevada e em décimo primeiro lugar quando comparado com a escala mundial. (IARC, 2012)

Os dados apresentados nos parágrafos anteriores levam a concluir que existe uma falha no que respeita ao acesso a este tipo de cuidados. O papel do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português não tem sido bem sucedido, uma vez que não tem uma estratégia sustentada e eficaz que englobe toda a população, em termos de oferta de serviços públicos e de condições de acesso equitativas.

Segundo Patel (2012), um dos fatores que tem impacto nos cuidados de saúde oral é a estrutura do sistema de prestação deste tipo de cuidados, que varia significativamente entre os vários países. As mudanças económicas que levam à descentralização dos serviços de saúde, podem representar um impacto negativo na utilização dos cuidados de saúde oral, devido ao menor acesso a programas de saúde.

Desta forma, importa relembrar que a saúde está associada a uma função de produção (de saúde) que, segundo Grossman (1972), vai depender das seguintes variáveis: cuidados de saúde, educação, idade e tempo dedicado à saúde. Tendo em conta este ponto de vista, o nível de saúde de um indivíduo depende, pelo menos, dos recursos que estão alocados à produção de saúde (Grossman, 1972). Neste sentido, a Economia da Saúde ganha visibilidade na sociedade em geral, não só pela análise económica que pode ser feita, mas também pelo instrumento de compreensão que pode ser utilizado (Barros, 2013).

Com o intuito de entender e averiguar de que forma os recursos alocados à saúde podem ser melhor aplicados no setor público da saúde oral em Portugal, o presente estudo tem como objetivo elaborar uma estimativa de custos que traduza o impacto da introdução de um sistema de saúde oral no SNS português. Assim sendo, as questões centrais do estudo

prendem-se com o custo de implementação de um sistema de saúde oral no SNS e com o seu impacto no estado de saúde da população portuguesa.

Atendendo tratar-se de uma área sensível e significativamente relevante para a saúde, face ao impacto gerado ao nível da sociedade, torna-se consideravelmente necessário e pertinente verificar a viabilidade da implementação de um sistema de saúde oral mais abrangente, com base nos sistemas já implementados noutros países.

Para a realização deste estudo, será recolhida informação acerca de vários tipos de sistemas de saúde oral existentes, integrados num sistema de saúde do tipo *beveridgiano*<sup>2</sup>. De seguida, será apresentada informação relativa aos custos de implementação de um sistema de saúde oral no SNS português, baseada na experiência de um outro sistema de saúde oral, assim como os custos operacionais da implementação do mesmo. Por fim, serão apresentados possíveis impactos no estado de saúde da população portuguesa, devido à implementação de um sistema de saúde oral mais abrangente e disponível.

Em suma, o presente estudo demonstra ser oportuno e pretende contribuir para a literatura existente, pelo facto de existir apenas um estudo no âmbito de análise de custos referentes à implementação de um sistema de saúde oral no SNS português, que surgiu já no decorrer do desenvolvimento do presente estudo. A maioria da informação disponibilizada diz respeito apenas a recomendações e medidas que eventualmente poderiam ser aplicadas no SNS, nomeadamente as recomendações da WHO, no sentido de aumentar o acesso da população aos cuidados de saúde oral.

No capítulo que se segue é apresentada a revisão da literatura sobre o tema analisado, abordando alguns conceitos chave e temas pertinentes como o acesso, o financiamento e o impacto económico dos cuidados de saúde oral, bem como a prestação deste tipo de cuidados em Portugal. No terceiro capítulo é desenvolvida a metodologia utilizada no estudo, os objetivos e os procedimentos utilizados para a realização do mesmo. Nos capítulos seguintes são apresentados os sistemas de saúde oral analisados, os resultados principais, a discussão dos mesmos e por fim, as principais conclusões retiradas, bem como algumas linhas de investigação futura.

---

<sup>2</sup> Modelo de saúde na qual o Estado é a entidade central do sistema, com responsabilidade pela prestação dos cuidados de saúde. Este modelo baseia-se no princípio da cobertura universal e geral, com financiamento obrigatório através de impostos.

## **2. Revisão da Literatura**

As doenças orais, tais como, cárie dentária, doença periodontal, perda de dentes, lesões da mucosa e ainda o cancro oral, constituem um grave problema para a saúde pública. O impacto sobre a população traduz-se não só em dor e sofrimento, mas também em termos de qualidade de vida, produtividade e por conseguinte num impacto económico negativo (Petersen, 2008).

A prevalência de doenças orais está intimamente associada a grupos populacionais mais desfavorecidos e com rendimentos baixos, bem como na população mais idosa (Petersen, 2008). Contudo, as doenças orais podem ser reduzidas ou evitadas, através da adoção de medidas baseadas na inovação em termos de prevenção, promoção da saúde oral e ainda com base em abordagens multidisciplinares na prestação de cuidados de saúde oral a nível individual e populacional (Cruz, 2014).

Nos subcapítulos seguintes são revistos alguns temas subordinados ao tema geral, bem como o desenvolvimento da matéria anteriormente referida, de forma a garantir uma compreensão mais profunda da área de analisada.

### **2.1. Conceitos de Saúde Oral**

O termo saúde é definido pela WHO (2016) como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”. Neste sentido, a saúde oral é definida como sendo “essencial para a saúde geral e para a qualidade de vida”, pois o impacto causado através da dor e desconforto é sentido na saúde geral e na qualidade de vida do indivíduo. Esta condição afeta também a população em geral através do sistema de saúde e dos seus custos associados (WHO, 2012).

Assim sendo, a saúde oral pode ser definida como a ausência de qualquer tipo de doença oral, dor facial, cancro da garganta e/ou boca, infeção oral, doença periodontal, úlcera, cárie dentária, perda dentária, entre outro género de doenças e/ou distúrbios que possam afetar e limitar as capacidades funcionais como morder, mastigar, sorrir e falar e o bem-estar psicossocial de um indivíduo (WHO, 2012).



A saúde oral é então considerada parte integrante da saúde em geral, uma vez que comprometida poderá dar origem a um vasto número de doenças crónicas e infecciosas (FDI, 2014).

## **2.2. Saúde Oral em Portugal e no Mundo**

Ao analisar a saúde oral num contexto mundial, verifica-se um cenário muito diferente do ideal, o que se traduz num enorme problema de saúde pública. Segundo os dados publicados pela WHO (2012), no mundo, cerca de 60% a 90% das crianças em idade escolar e aproximadamente 100% dos adultos têm caries dentárias. No que respeita a doença periodontal grave, cerca de 15% a 20% dos adultos entre os 34 e os 44 anos, são portadores desta doença. Em relação à população mais idosa, 30% dos adultos com idade entre os 65 e os 74 anos já não possuem dentes naturais (WHO, 2012).

De acordo com o relatório publicado “*Special Eurobarometer 330 - Oral Health*”, na análise realizada à população europeia no que respeita à saúde oral, apenas 41% desta afirma manter todos os dentes naturais e 7% indica não ter qualquer dente natural. Através da figura 1 é possível constatar que estas diferenças são significativas entre as várias divisões geográficas, que por sua vez também estão relacionadas com o perfil sócio-demográfico da população: os países nórdicos, a Irlanda, o Reino Unido, a Grécia e a Turquia são os que apresentam uma maior percentagem da população com dentição natural completa, contrariamente aos países de Leste que apresentam uma menor percentagem de dentição natural (Eurobarometer, 2010).

O cancro oral é o oitavo cancro mais comum no mundo. O risco de desenvolvimento está associado ao consumo de tabaco e de álcool, sendo que quando consumidos em conjunto, aumentam a probabilidade de desenvolver esta patologia em 15 vezes. O tabaco é também responsável por cerca de 50% das doenças periodontais, que poderão levar à perda de dentes (FDI, 2014; Patel, 2012). Aproximadamente 95% dos cancros da cavidade oral desenvolvem-se em pessoas com mais de 40 anos, embora a idade média de diagnóstico dos mesmos seja em torno dos 60 anos de idade (FDI, 2015).

Na Europa, estima-se que cerca de 50% da população sofre de doença periodontal e mais de 10% desenvolve doença periodontal severa. A população maioritariamente afetada por esta doença são os idosos, com uma prevalência de 70% a 80% (FDI, 2014; Patel, 2012).

A doença periodontal é uma das doenças mais comuns no mundo, mas é uma doença facilmente evitável, através de uma correta higiene oral e de medidas preventivas (FDI, 2015).

Question: QB10. How many of your natural teeth do you have?

Answers: All

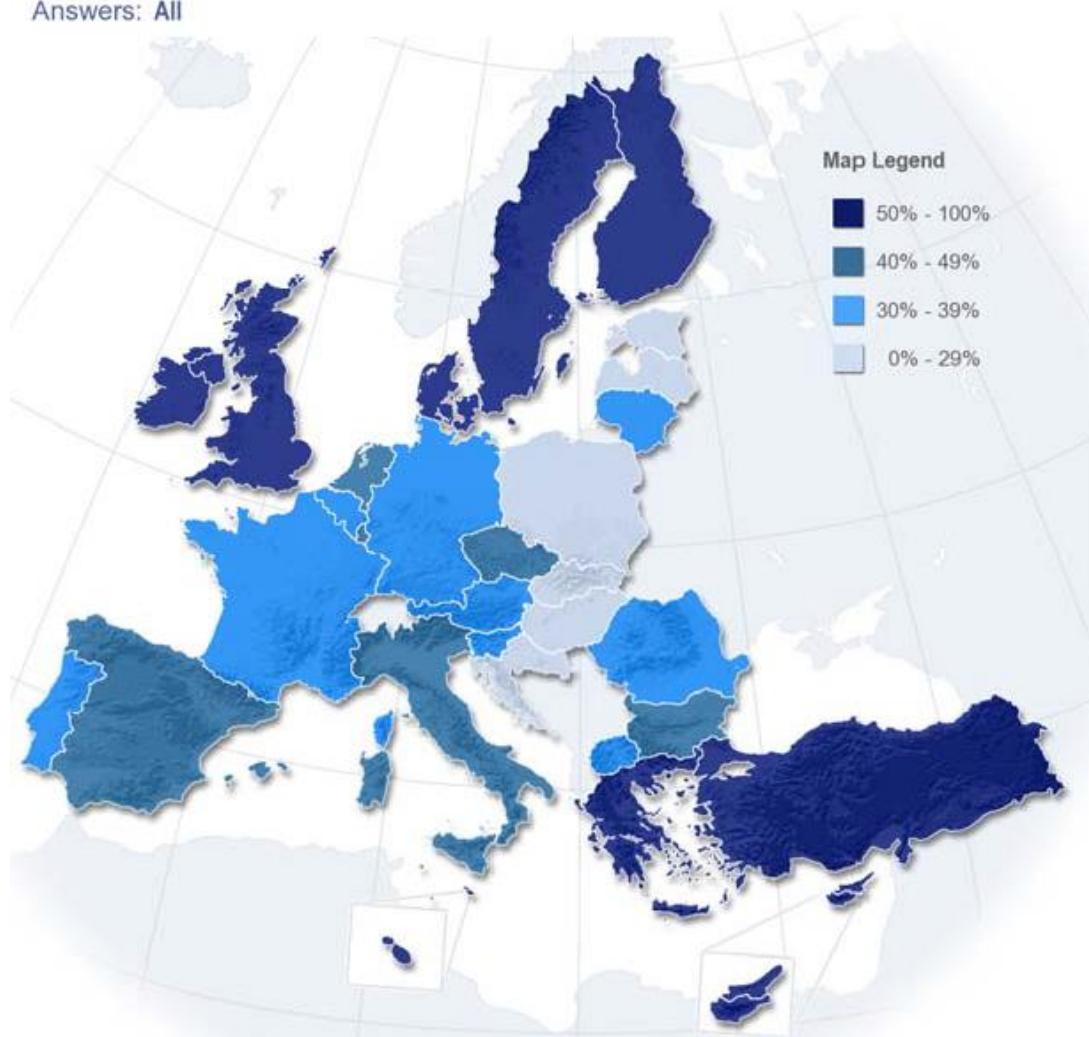


Figura 1. Percentagem de população europeia que possui dentição natural completa, 2009 (Eurobarometer, 2010).

Em Portugal, não existem muitos estudos que atestem a incidência e prevalência das doenças orais. Conforme já foi referido, segundo o estudo realizado pela DGS em 2006, os jovens com 12 e 15 anos têm uma probabilidade superior a 50% no que se refere à prevalência de caries dentárias. No que respeita à doença periodontal, os jovens com 12 e 15 anos demonstraram uma prevalência da doença de cerca de 70% e 80%, respetivamente (DGS, 2008). Relativamente à dentição natural, apenas 32% da população portuguesa afirma manter todos os dentes naturais, conforme indicado na figura 1 (Eurobarometer, 2010).

Em relação à incidência de cancro oral e lábio, Portugal apresenta valores muito elevados quando comparado com os restantes países da Europa, 6.8 casos por 100 mil habitantes para ambos os sexos, em 2012, existindo uma diferença significativa quando avaliados individualmente: no sexo masculino a incidência é de 11.6 casos por 100 mil habitantes, comparativamente a 2.5 casos por 100 mil habitantes no sexo feminino. Analogamente, a taxa de mortalidade no sexo masculino é de 3.3 óbitos por 100 mil habitantes e no sexo feminino é de 0.6 óbitos por 100 mil habitantes. Para ambos os sexos a taxa de mortalidade do cancro oral e lábio é de 1.9 óbitos por 100 mil habitantes (IARC, 2012).

A doença periodontal e a cárie dentária são situações passíveis de serem tratadas numa primeira fase de desenvolvimento, sendo que numa fase mais avançada da doença, os problemas causados poderão tornar-se irreversíveis, implicando tratamentos mais dispendiosos. Muitas vezes, as doenças orais não são visíveis ou então encaradas como sendo um processo associado ao envelhecimento. No entanto, estas condições transformam-se em graves problemas de saúde pública, que requerem tratamento especializado.

Apesar da maior parte das doenças orais poderem ser evitadas, acabam por afetar a população a nível mundial, traduzindo-se num impacto significativo em termos qualidade de vida, vida social e produtividade, logo em termos económicos.

### **2.3. Determinantes da Saúde Oral**

Para que todos os números e casos, apresentados anteriormente, possam ser devidamente prevenidos e/ou evitados é necessário conhecer os determinantes da saúde, mais precisamente aqueles que implicam a saúde oral. A base para uma boa abordagem passa por reduzir e prevenir os mesmos, por forma a melhorar a saúde oral e conseguir um impacto significativo nos problemas associados às doenças em geral, que se agravam com a deterioração da saúde oral (FDI, 2014).

A saúde pode então ser afetada por determinantes sociais, económicos, políticos e culturais, que se resumem a desigualdades socioeconómicas. Esta condição implica determinados comportamentos individuais, que no caso da saúde oral estão relacionados com comportamentos de higiene oral e de educação alimentar (FDI, 2014).

Está descrito na literatura que uma dieta pobre e desequilibrada está associada a desigualdades socioeconómicas, traduzindo-se em hábitos alimentares muito diferentes entre os jovens. Os jovens provenientes de classes sociais altas tendem a consumir mais fruta e uma menor quantidade de açúcar. O consumo de açúcar está diretamente relacionado com o aparecimento de cáries dentárias (devido à metabolização do mesmo por parte das bactérias presentes na boca) e com o desenvolvimento de diabetes tipo 2 e obesidade (FDI, 2014; Patel, 2012).

Relativamente aos comportamentos de higiene oral, uma lavagem eficiente, através da escovagem diária dos dentes com um dentífrico com flúor (durante o dia e ao deitar) e do uso do fio dentário, é eficaz na prevenção da cárie dentária. Contudo, os resultados apurados no estudo efetuado pela DGS em 2006, demonstram que em Portugal os jovens não estão consciencializados para o grave problema que daí poderá advir. A escovagem os dentes duas mais vezes por dia com uma pasta dentífrica fluoretada é realizada por apenas 50%, 67% e 69% das crianças e jovens com 6, 12 e 15 anos de idade, respetivamente. Os jovens de 12 anos e de 15 anos referiram utilizar o fio dentário numa percentagem de apenas 25% e 20%, respetivamente (DGS, 2008).

Contudo, existem outros fatores considerados fatores de risco no desenvolvimento de doenças do foro oral, como é o caso do consumo de tabaco e de álcool e também a idade (Miguel e Sá, 2010).

O consumo de tabaco é considerado um fator de risco altamente significativo no desenvolvimento de doenças orais. É um dos principais fatores de risco no desenvolvimento de cancro oral, especialmente em conjunto com um elevado consumo de álcool – risco aumentado em 38 vezes, quando comparado com os abstinentes. O tabaco é também responsável por desenvolver halitose e pigmentação dos lábios e dos dentes, retarda o processo de cura de feridas e a resposta autoimune a infeções da cavidade oral. Durante a gravidez pode levar a malformações congénitas, como é o caso da fenda palatina (FDI, 2014; Patel, 2012).

A relação entre o consumo de álcool e as doenças orais também é evidente na sociedade. O seu consumo em quantidades elevadas leva a uma deterioração da saúde oral, apresentando caries dentárias significativas, gengivites, alterações dos tecidos moles, erosão dos dentes e ainda aumento do risco de doença periodontal (Patel, 2012).

Relativamente à idade, é natural que com o passar dos anos surjam problemas com os dentes, que implicam restauração dos mesmos, o que vai aumentar a probabilidade de doenças periodontais. Além disso, as pessoas idosas tendem a apresentar vários problemas de saúde, como diabetes, obesidade, doenças coronárias, entre outras, que influenciam diretamente a condição da saúde oral e podem restringir a apetência para os comportamentos de higiene oral (Patel, 2012).

É ainda importante salientar que, conforme enunciado pela WHO, a saúde oral é essencial para a saúde geral e por isso não deve ser analisada de forma individual. Os fatores de risco enunciados anteriormente são também fatores de risco para outras doenças e, por essa razão, podem surgir doenças como: diabetes, doenças cardiovasculares, infeção por Vírus do Papiloma Humano, doenças do foro respiratório, partos prematuros, entre outras, que podem agravar o estado da saúde oral (Miguel e Sá, 2010; Patel, 2012).

Em suma, o estado da saúde oral é condicionado por determinantes comportamentais e de estilos de vida, nomeadamente relacionados com desigualdades socioeconómicas. Contudo, enquanto existirem baixos níveis educacionais, baixos rendimentos e iniquidade de acesso a cuidados de saúde, o risco de desenvolvimento de doenças orais manter-se-á, principalmente nos grupos populacionais mais desfavorecidos (DGS, 2008).

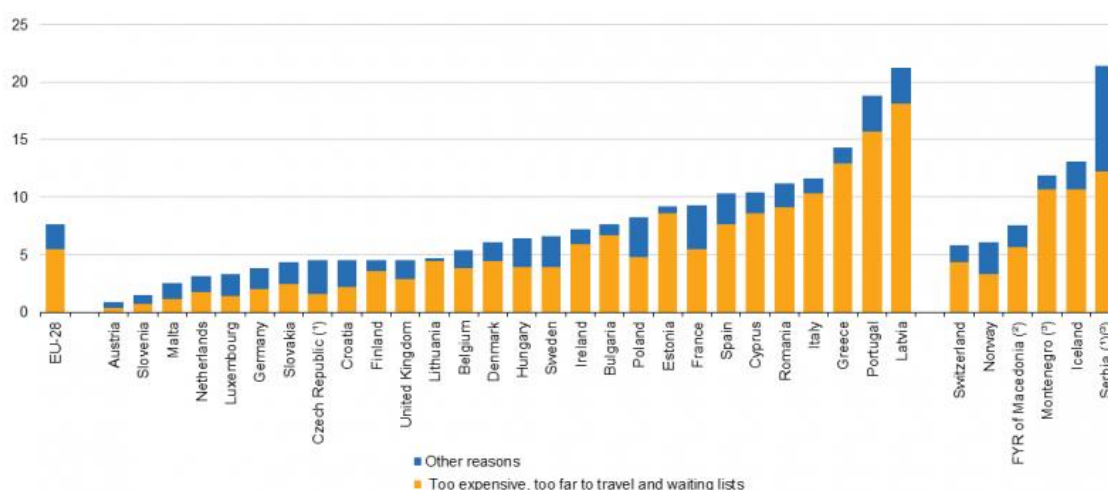
#### **2.4. Saúde Oral como uma Necessidade Não Satisfeita**

A WHO constituiu como um direito fundamental do ser humano, o mais alto nível de saúde possível. Para tal, é necessário exigir um conjunto de critérios sociais, úteis para a saúde de toda a população, incluindo a disponibilidade de serviços de saúde, condições de trabalho seguras e condições de habitação e alimentação adequadas. Portanto, o direito à saúde inclui o acesso a cuidados em tempo útil, aceitável e acessível, com a qualidade adequada (WHO, 2015).

A cobertura universal na saúde é um meio para promover o direito à saúde. No entanto, os grupos mais vulneráveis e marginalizados nas sociedades tendem a ostentar uma proporção indevida de problemas de saúde, como é o exemplo do setor da saúde oral. A distribuição de poder, rendimentos e até mesmo de bens e serviços, limita o acesso a cuidados de saúde, levando muitas vezes a população a recorrer aos serviços de saúde

oral apenas em situação de dor emergente, desconsiderando as ações preventivas (WHO, 2015; Patel, 2012).

Em Portugal, 18.8% da população com idade superior a 16 anos afirma ter necessidades não satisfeitas no que respeita aos cuidados de saúde oral, sejam eles em termos de acesso a exames ou tratamentos necessários, em conformidade com os dados do Eurostat apresentados na figura 2. A maioria das razões deve-se a questões relacionados com a organização do sistema de saúde oral, apontadas por 15.3% da população, incluindo o facto de os cuidados terem custos demasiado elevados (15.5%), ficarem distantes (0.1%) e ainda pela lista de espera ser demorada (0.1%). Não são apontadas razões relativamente à distância a que este tipo de cuidados são prestados. A restante população, 3.1%, aponta razões externas à organização do sistema, tais como: medo (1.4%), falta de tempo (0.8%), preferência em aguardar para ver se o problema melhora (0.5%) e ainda outras razões (0.4%) (Eurostat, 2016a).



(\*) Data with low reliability.

(\*) 2012.

(\*) 2013.

Figura 2. Percentagem de população (<16 anos) com necessidades não satisfeitas em cuidados de saúde oral, 2014 (Eurostat, 2016a).

Analisando esta questão relacionada com o nível de educação, verifica-se que um menor nível de educação está associado a uma maior indicação de necessidades não satisfeitas em cuidados de saúde oral. Este cenário é extremamente evidenciado em Portugal, mas também é comum à maior parte dos países da UE-28, conforme apresentado na figura 3 (Eurostat, 2016a).

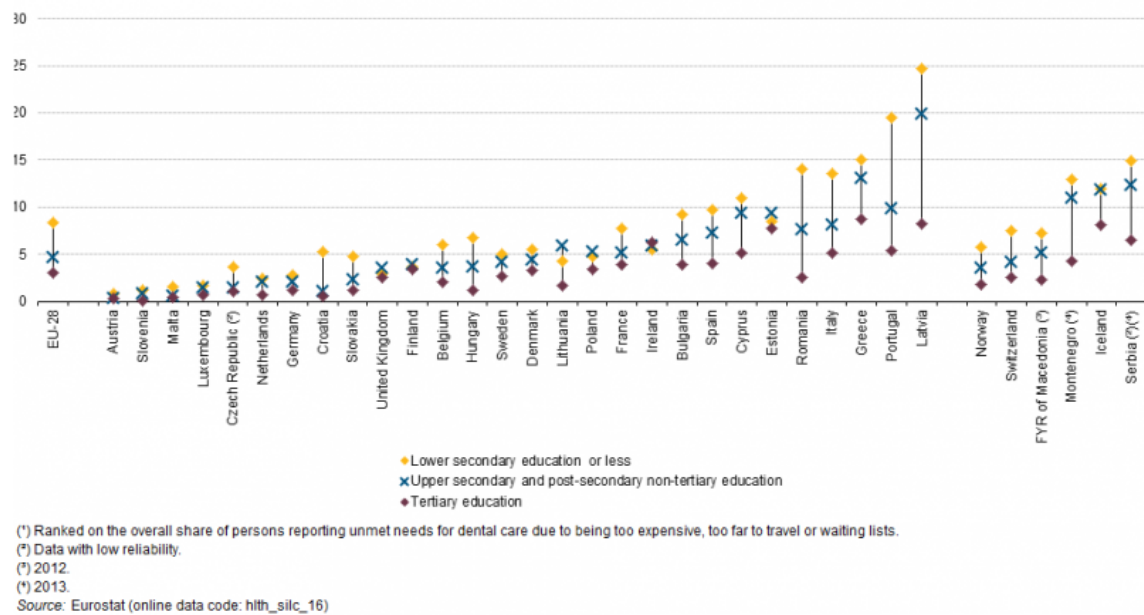


Figura 3. Percentagem de população (<16 anos) com necessidades não satisfeitas em cuidados de saúde oral, mediante o nível de educação, 2014 (Eurostat, 2016a).

Devido à evidência relativa à falta de acesso aos cuidados de saúde oral, nomeadamente em Portugal, na última década foram implementados programas no sentido de minimizar este problema. Ainda assim, a forte relação existente entre os problemas de saúde orais e o baixo rendimento e escolaridade, levam à existência de uma relação também com a qualidade de vida da população (Cruz, 2014).

A qualidade de vida dos jovens pode ser afetada por problemas orais, com impacto mais ou menos significativo nas suas atividades sociais, familiares e escolares, afetando-os do ponto de vista físico e psicológico e também na forma como crescem, vivem e falam no dia a dia (DGS, 2008).

No estudo realizado pela DGS, a percentagem de jovens com 12 e 15 anos que referiu ter tido dor de dentes, ao escovar, ao comer ou beber alimentos quentes ou frios, nos últimos 6 meses era de 35% e 42%, respetivamente. Os mesmos jovens afirmam que cerca de 20% dos problemas relacionados com a boca e com os dentes têm impacto nas atividades escolares. Em termos sociais, 35% e 41% dos jovens, com 12 e 15 anos, respetivamente, referiram que os seus problemas orais perturbaram a sua relação com a família e 34% e 41% dos jovens referiram que os seus problemas orais perturbaram a sua relação com os amigos (DGS, 2008).

Nas crianças a cárie dentária contribui ainda para a perda de rendimento escolar, uma vez que a dor que a criança sente, por vezes leva à perda de concentração e ao cansaço (FDI, 2014).

As doenças orais, em particular a cárie dentária e a doença periodontal, para além de afetarem a própria saúde, também têm uma importância muito grande em termos estéticos, porque podem levar à perda do dente, o que em termos de condições socioeconómicas, pode ter um impacto muito grande, principalmente nos grupos populacionais mais vulneráveis (Cruz, 2014).

Neste sentido, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) afirmam poder desenvolver um papel preponderante no que respeita à implementação de medidas preventivas e educacionais em termos de higiene oral, alimentação, terapêutica oral em casos de medicação crónica e no tratamento de lesões dentárias precoces (Miguel e Sá, 2010). A importância dos problemas de saúde oral deve ser encarada com consciência, disponibilizando acesso aos cuidados e implementando uma adoção rápida de métodos de prevenção, por forma a reduzir as desigualdades em saúde oral (Cruz, 2014).

## **2.5. Acesso aos Cuidados de Saúde Oral**

Conforme já referido na Secção 2.2, o acesso aos cuidados de saúde deve ser feito em tempo útil, aceitável e acessível, com a qualidade adequada.

Na Constituição da República Portuguesa, está descrito pelo Artigo 64.º n.º 2, que incumbe prioritariamente ao Estado, por forma a assegurar o direito à proteção da saúde, “garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (Assembleia da República, 2005). Por sua vez, na Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90 de 24 de agosto), está previsto na Base I Princípio Geral 1 que “o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis” e que o Serviço Nacional de Saúde deve “garantir a equidade no acesso, de modo a atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados”, descrito na Base XXIV (Assembleia da República, 1990).



Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012 – 2016 elaborado pela DGS, o acesso adequado aos cuidados de saúde “é um dos determinantes da saúde potenciador da redução das desigualdades”. Ou seja, acredita-se que a equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde resultam em ganhos de saúde, permitem garantir coesão e justiça social e com isto, torna-se possível garantir e promover o desenvolvimento do país (DGS, 2012).

O acesso aos cuidados de saúde estão dependentes da oferta de serviços e também da utilização que o cidadão dá aos mesmos. Por sua vez, a utilização dos cuidados de saúde é afetada por fatores predisponentes, que influenciam as opiniões e necessidades em saúde, e fatores de capacitação, que determinam os meios necessários para se aceder aos serviços de saúde (DGS, 2012).

Neste contexto, a despesa com serviços e tratamentos de saúde poderá ser uma barreira no acesso aos cuidados de saúde, principalmente pelos grupos mais vulneráveis, como os economicamente mais desfavorecidos, os doentes crónicos, os idosos e os desempregados. É ainda importante salientar que os doentes crónicos e os idosos são, muitas vezes, os que necessitam de mais cuidados de saúde. Contrariamente, os grupos de nível socioeconómico mais elevado e com maior nível de escolaridade tendem a ter maior e melhor acesso a consultas de especialidade, tais como medicina dentária e cardiologia (DGS, 2012).

Considera-se então que desde sempre existiram desigualdades em termos de acesso aos cuidados de saúde, quer em termos gerais, quer em termos de saúde oral. Apesar dos cuidados de saúde oral estarem disponíveis em todos os países da EU (através da prática privada e/ou pública), o direito a usufruir deste tipo de cuidados de saúde nem sempre é garantido (Kravitz e Bullock, 2015).

Os tratamentos fornecidos pelo Estado são considerados os tratamentos básicos, como exames, exodontia e alguns cuidados preventivos, sendo que os tratamentos mais complexos estão excluídos. Ainda assim, o acesso aos cuidados de saúde oral da maioria da população europeia são determinados por critérios de proximidade geográfica, valor cobrado pelos tratamentos e acesso a determinados grupos da população (Kravitz e Bullock, 2015).

De um modo geral, em Portugal, pode dizer-se que o acesso a cuidados de saúde oral para o cidadão comum no âmbito do SNS é extremamente restrito (Miguel e Sá, 2010). Apesar do acesso a serviços de CSP ser universal, a prestação de cuidados de saúde oral para crianças e jovens iniciou-se apenas no ano 2000 dentro dos CSP, através de um sistema de contratualização (DGS, 2008).

Analogamente a outros países da Europa, em Portugal, o acesso a programas e cuidados de saúde oral é direcionado apenas a determinados grupos de população, considerados prioritários ou de risco. A restante população vê-se obrigada a usufruir dos cuidados oferecidos pelo setor privado que, tendo em conta a natureza do financiamento, tornam-se muitas vezes inacessíveis. Em grande parte dos países os cuidados de saúde oral acabam por não estar englobados nos cuidados fornecidos pelo sistema de saúde público, devido à elevada escassez de recursos, orçamento limitado e falta de capacidade por parte do sistema.

## **2.6. Recursos em Saúde Oral**

A maior parte dos países com rendimentos mais baixos, não têm uma estratégia de saúde oral baseada em políticas de racionalização de recursos financeiros e humanos ou programas eficazes no sentido de combater os riscos inerentes às doenças orais (Petersen, 2008).

### **2.6.1. Recursos Humanos**

A distribuição dos profissionais de saúde oral muitas vezes é desequilibrada, embora existam mais de um milhão de Médicos Dentistas ativos em todo o mundo. Em países como África, Ásia e América Latina a escassez de profissionais de saúde oral nas áreas mais rurais e pobres faz com que a prestação deste tipo de cuidados seja condicionada, limitando a capacidade de resposta em situações simples, mas também em emergências (FDI, 2014; Glick, *et al.*, 2012).

Em Portugal existem quatro classes profissionais dentro da categoria de profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde oral: Médico Estomatologista, Médico Dentista, Odontologista e Higienista Oral (OMD, 2010).

O Médico Estomatologista é um profissional licenciado em Medicina e especializado em Estomatologia, que se encontra incluído na Carreira Médica Hospitalar e exerce a sua

função em hospitais, centros de saúde e clínicas privadas. Por sua vez, o Médico Dentista desempenha funções essencialmente no setor privado, uma vez que não tem qualquer tipo de carreira profissional definida no âmbito do SNS (apesar de existirem alguns profissionais integrados nos serviços do SNS) (OMD, 2010).

Atualmente, as funções do Médico Estomatologista e do Médico Dentista são muito próximas, sendo que algumas são comuns a ambas as classes profissionais. Sendo assim, estes profissionais são responsáveis por diagnosticar, tratar e prevenir doenças, lesões e anomalias dos dentes, boca, maxilares e tecidos associados, mais especificamente (INE, 2011):

- “Diagnosticar e tratar as doenças da boca e gengivas como cáries e malformações dos dentes e prescrever e administrar medicamentos e os cuidados necessários;
- Examinar os dentes, as gengivas e as arcadas dentárias e decidir o tratamento mais adequado;
- Limpar e obturar as cavidades provocadas pela cárie com amálgama, ouro, porcelana, plástico e outras matérias;
- Refazer parte da coroa dentária ou substituí-la por uma coroa artificial e dar conselhos sobre saúde e higiene dentárias;
- Executar pequenas intervenções cirúrgicas orais, designadamente extração de dentes mal implantados e execução de implantes”.

O Médico Estomatologista tem ainda como funções “executar cirurgias maxilo-faciais quando habilitados”. Já ao Médico Dentista compreende a função de “participar na execução de programas de saúde pública com vista à salvaguarda e promoção da saúde na comunidade” (INE, 2011).

O Odontologista tem um enquadramento muito particular, uma vez que a nível nacional não existe formação académica. Inicialmente o exercício profissional foi legalizado através da Lei 4/99 de 27 de janeiro, onde praticamente igualava a prática dos Odontologistas à dos Médicos Dentistas. No entanto, devido às consequentes questões levantadas pela Comissão Europeia em relação à prática destes profissionais no setor dos cuidados de saúde oral, a anterior Lei foi alterada pelo Projeto de Lei 466/VIII, que restringiu a prática dos Odontologistas a atos bastante limitados (Firmino, 2014).

Todavia, na Classificação Nacional de Profissões (Edição de 2011) o Odontologista está integrado na classe de Médico Dentista, compreendendo assim as tarefas e funções de um Médico Dentista (INE, 2011).

Por fim, o Higienista Oral está integrado na carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, com o exercício profissional definido pelo Decreto-Lei 564/99 de 21 de dezembro. Estes profissionais desempenham funções no SNS, podendo também exercer no setor privado, de forma autónoma, mas sob orientação de um Médico Dentista (APHO, 2016). As suas funções são, essencialmente (Carp e Tavares, 1989):

- “Participar em ações de educação para a saúde no domínio da sensibilização das populações para a prevenção das doenças orais;
- Participar no planeamento, na execução e na avaliação de programas de saúde pública oral;
- Executar técnicas clínicas adequadas à prevenção e controlo da gengivite, periodontite e cárie, recolhendo, designadamente, informações clínicas;
- Proceder à análise e interpretação da informação obtida do paciente;
- Executar e avaliar a eficácia dos seguintes tratamentos: remoção de cálculo supra e subgengival manualmente e por ultrassons, alisamento de raízes, polimento de coroas e de amálgamas, aplicação de flúor tópico, aplicação de selantes, dessensibilização dos dentes hipersensíveis;
- Ministras conhecimentos sobre a aplicação de cuidados de higiene oral individual;
- Executar outras tarefas clínicas, como receber, sentar, preparar e despedir o paciente, dar e receber instrumentos entre operador e assistente, manipular materiais de impressão, preparar, desinfetar e esterilizar instrumentos e restante material, aplicar e remover pensos periodontais e detetar obturações debordantes;
- Cuidar do equipamento dentário e acessórios e velar pela sua manutenção, aplicar o dique e limpar próteses removíveis.”

Existem ainda outros profissionais que, apesar de não prestarem cuidados de saúde oral, estão integrados nas equipas, nomeadamente, o Técnico de Prótese Dentária e o Assistente Dentário.

O Técnico de Prótese Dentária está integrado na carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica e tem como principal conteúdo funcional a realização de atividades no domínio do desenho, preparação, fabrico, modificação e reparação de próteses dentárias, mediante a utilização de produtos, técnicas e procedimentos adequados (Guterres, 1999). Por sua vez, o Assistente Dentário não tem formação superior obrigatória e tem como função assistir os Médicos Estomatologista e Dentista durante o exercício na prestação de cuidados de saúde oral (Kravitz e Bullock, 2015).

Em termos quantitativos, no estudo realizado pelo Council of European Dentists (2015), foram apurados um total de 9097 profissionais de saúde oral no ativo, das categorias Médico Estomatologista (650), Médico Dentista (7779) e Odontologista (668) e ainda 520 profissionais de Higiene Oral, relativamente ao ano de 2012 (Kravitz e Bullock, 2015).

O rácio de Médicos Estomatologistas/Médicos Dentistas/Odontologistas no ativo em relação à população é de 1153 habitantes por cada profissional, em 2012, um dos valores mais baixos da Europa, sendo que com rácios inferiores apenas estão os países: Noruega, Dinamarca, Chipre, Bulgária, Lituânia e Liechtenstein (Kravitz e Bullock, 2015). Já o rácio de Médicos Dentistas no ativo face à população é de 1348, para o mesmo ano, o que já coloca Portugal a meio da tabela em relação aos restantes países da Europa (OMD, 2015a).

Contudo, conforme enunciado no início deste capítulo, a distribuição dos profissionais de saúde oral muitas vezes é desequilibrada. Apesar de termos um rácio intermédio em termos de Médicos Dentistas em relação à população da Europa, a sua distribuição é um pouco desequilibrada, conforme podemos visualizar na figura 4<sup>3</sup>.

De facto, é notório que as regiões de Lezíria do Tejo, Alentejo Central e Baixo Alentejo são as regiões onde existem mais habitantes por Médico Dentista. Em contrapartida, as áreas metropolitanas do Porto e Lisboa, bem como as regiões de Cávado, Terras de Trás-os-Montes, Coimbra, Viseu, Dão e Lafões são as que menos população tem por Médico Dentista (OMD, 2015a).

---

<sup>3</sup> Os dados, relativos a 2014, foram recolhidos com base no registo indicado à OMD, por cada Médico Dentista, do seu principal endereço profissional.



### **2.6.2. Recursos Materiais**

Atualmente, analisando as oscilações da conjuntura económica nacional, verificámos várias alterações ao nível das políticas em saúde, que se traduzem num impacto muito significativo em termos de recursos. Em tempos de crise económica, quando existe necessidade de realocar os recursos existentes, estes tendem a ser retirados dos cuidados de saúde oral e redirecionados para outras áreas da saúde, onde a falta de tratamento leva a consequências mais rápidas e visíveis, como por exemplo em termos de mortalidade (Glick, *et al.*, 2012).

Em Portugal, os serviços de saúde públicos encontram-se com défices de recursos humanos e materiais, tornando o SNS incapaz de dar resposta às necessidades curativas, e também preventivas, no que respeita à saúde oral da população. De facto, uma parte significativa dos recursos já existe, mas devido à falta de contratação de profissionais e, consequentemente, falta de utilização dos equipamentos, estes acabam por se deteriorarem (OMD, 2010).

Tendo ainda em conta a falta de utilização dos equipamentos já instalados nas várias unidades do SNS, os edifícios que são remodelados ou construídos recentemente deixam de ter espaços destinados à prática e tratamento de saúde oral (Firmino, 2014).

As políticas de saúde destinadas à saúde oral devem ter em atenção que, sendo os recursos materiais escassos, existe necessidade de aproveitar os existentes da melhor forma, não podendo ignorar o facto de que as medidas devem ter em conta o elevado custo de oportunidade. Ainda assim, as medidas tomadas devem ser acompanhadas por um plano planeamento estratégico eficaz, considerando os conceitos de otimização e racionalização.

### **2.7. Impacto Económico da Saúde Oral**

Ao longo dos tempos, tem se verificado que as doenças orais, para além de serem um grave problema de saúde pública, têm encargos económicos muito elevados, acabando por se tornar numa despesa superior à maioria das doenças (Patel, 2012). A WHO estima que, a nível mundial, as doenças orais sejam a quarta doença que mais custos implica no tratamento (Glick, *et al.*, 2012; Petersen, 2008).

Em termos globais, as políticas de saúde adotadas estão centradas no tratamento, em detrimento da prevenção da doença e promoção da saúde oral. Neste sentido, é natural que o modelo curativo para este tipo de doenças apresente custos elevados, em termos financeiros e também de recursos humanos e materiais (Glick, *et al.*, 2012).

Estima-se que em 2009, nos países pertencentes à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a despesa em saúde oral correspondeu a 5% da despesa total em saúde e a 16% da despesa privada em saúde. Em termos de valor, supõe-se que a despesa total na prestação de cuidados de saúde oral na UE-27<sup>5</sup> foi de 79 mil milhões de euros (média anual entre 2008 e 2012), sendo que em 2020 tenderá a aumentar para 93 mil milhões de euros (considerando uma taxa de crescimento anual de 2% na despesa em cuidados de saúde oral) (FDI, 2015; Patel, 2012).

Nos Estados Unidos da América (EUA), em 2009, o total de gastos em tratamentos dentários foi estimado em mais de 90 mil milhões de euros. Na Califórnia, o custo médio de uma consulta de *check-up* de rotina é de 37 euros, enquanto o custo médio do tratamento de emergência com internamento é superior a 4.5 mil euros (Glick, *et al.*, 2012). Estes valores podem, de facto, ser desastrosos para a economia e, consequentemente, para o estado de saúde da população. Contudo, em contrapartida, alguns países desenvolvidos podem contribuir para o crescimento da economia e do mercado de trabalho, através da indústria da medicina dentária. Por exemplo, na China, estimava-se que o mercado associado aos materiais dentários tivesse um crescimento anual de 11% em 2012 (Glick, *et al.*, 2012).

Conforme já foi referido, as políticas de saúde adotadas por cada país têm um impacto significativo em termos económicos, tanto para a população como para o serviço de saúde. Em Espanha, os serviços de saúde oral são maioritariamente privados, o que implica o pagamento do total dos custos por parte do doente, provocando assim uma elevada despesa para a população no acesso a este tipo de cuidados. Contrariamente, na Dinamarca, os cuidados de saúde oral são gratuitos para as crianças e jovens até aos 18 anos de idade e os adultos pagam este tipo de cuidados nos prestadores privados, através de um sistema de subsídios do Estado (Patel, 2012).

---

<sup>5</sup> União Europeia que compreende 27 estados membros.



É sabido que existe uma enorme necessidade de prevenção em relação a qualquer tipo de doença e as doenças orais não são exceção. Alguns estudos relatam que, em países desenvolvidos, as doenças orais colocam a área anatômica da boca como a parte do organismo mais dispendiosa de tratar. (Patel, 2012). Por essa razão, a prevenção deste tipo de doenças é essencial e deverá ser realizada o mais cedo possível, por forma a promover a integração da saúde oral na saúde geral.

Não obstante, existe evidência literária que os benefícios da prevenção da cárie dentária excedem o custo do tratamento. Em países como a Dinamarca e a Suíça foram fornecidos cuidados de saúde oral preventivos e a prevalência das doenças orais diminuiu (Patel, 2012). Nos EUA foram realizadas algumas estimativas relativamente à prevenção, onde concluíram que cada dólar gasto em atendimento de saúde oral preventivo poderia economizar entre 8 e 50 dólares em tratamentos restauradores e de emergência (FDI, 2015).

Segundo Petersen (2008), a promoção da saúde oral é uma estratégia rentável para reduzir o impacto da doença oral em termos económicos e de qualidade de vida, e ainda, em termos da saúde geral, uma vez que a saúde oral é um determinante do estado geral de saúde da população. É, portanto, importante consciencializar-se para as políticas de saúde oral baseadas na prevenção das doenças orais e promoção da saúde, como forma de reduzir o impacto económico que estas têm na população e na economia de cada país.

## **2.8. Financiamento dos Cuidados de Saúde Oral**

Na maior parte dos países, grande parte dos custos associados aos cuidados de saúde oral são financiados através de pagamentos diretos por parte do utente. O valor destes pagamentos geralmente só é superado pelos pagamentos diretos associados aos medicamentos ou aos serviços de optometria (Kravitz e Bullock, 2015). Alguns dados sugerem ainda que os pagamentos diretos em cuidados de saúde oral estão relacionados com a estrutura do sistema de saúde oral (Patel, 2012).

Apenas determinados grupos sociais, como é o caso dos grupos considerados prioritários (crianças, idosos, entre outros), pode existir alguma forma de assistência financeira ou subsídio. Nos países com SNS ou um sistema de segurança social organizado pelo Estado,

os cuidados de saúde oral com financiamento público são essencialmente para as crianças em idade escolar (Kravitz e Bullock, 2015).

De acordo com os dados publicados pelo Council of European Chief Dental Officers (CECDO), em 2010, os países da UE que maior percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) despenderam para a saúde oral foram a Itália (0.82%), a Alemanha (0.80%) e a Suécia (0.68%). Contrariamente, a Eslovénia (0.15%), a Hungria (0.16%), a Bulgária (0.18%) e a Roménia (0.18%) foram os países que menor percentagem do PIB desembolsaram para a saúde oral (CECDO, 2012).

Relativamente ao valor da despesa em cuidados de saúde oral, em 2010, a Alemanha foi o país da UE que mais gastou, num total de quase um terço da despesa total em cuidados de saúde oral na UE-27 (21.82 mil milhões de euros). A Itália (13.73 mil milhões de euros), a França (9.58 mil milhões de euros) e o Reino Unido (9.27 mil milhões de euros) foram os países que seguidamente apresentaram maior despesa neste tipo de cuidados (Patel, 2012).

Em Portugal, a percentagem do PIB alocada aos cuidados de saúde oral era de aproximadamente 0.4% em 2004, sendo que 40% dessa despesa era de natureza privada (Kravitz e Bullock, 2015). Segundo os dados publicados pelo CECDO (2012), a estimativa mantém-se em 0.4%, para o ano 2012. Contudo, a percentagem do PIB alocada à saúde em geral tem vindo a descer, permanecendo nos 9.1%, em 2013 (OECD, 2015).

Em termos de valor, em Portugal, a despesa em saúde oral em 2010 e 2012 foi de 720 e 750 milhões de euros, respetivamente. Segundo Patel (2012), tendo em conta uma taxa de crescimento anual de 2% na despesa em cuidados de saúde oral, em 2020 a despesa tenderá a aumentar para 880 milhões de euros.

Analisando apenas a despesa associada ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), verifica-se que em 2010 este representou 3% da despesa em saúde oral, correspondendo a aproximadamente 20 milhões de euros, e apenas 2% em 2012, correspondendo a cerca de 16 milhões de euros (ERS, 2014a).

Relativamente à despesa relacionada com ações de prevenção, de acordo com a publicação “*Orçamento de Estado 2014*”, estava previsto em 2013, existir uma despesa

de aproximadamente 16 milhões de euros em prevenção em saúde oral, valor que se manteria em 2014 (Ordem dos Economistas, 2013).

Os pagamentos diretos por parte do utente, conforme já foi referido, tem um peso significativo na despesa total em cuidados de saúde oral. Em Espanha, a percentagem de pagamentos diretos em cuidados de saúde oral, relativamente à despesa total, é de 97.4%, em 2011, ou seja, praticamente todo o tipo de cuidados de saúde oral implica um pagamento de forma direta por parte do utilizador. Contrariamente, na Holanda, apenas 18% da despesa em cuidados de saúde oral é feita sob a forma de pagamento direto, para o mesmo ano (OECD, 2013).

De uma forma global, em 2011, a média de pagamentos diretos em cuidados de saúde oral nos países pertencentes à OCDE é de aproximadamente 55.1% (OECD, 2013). Ainda assim, a despesa em cuidados de saúde oral, sob a forma de pagamentos diretos, comparativamente à despesa em cuidados de saúde gerais é de 20%, para o ano 2013 (OECD, 2015).

Resumidamente, tendo em conta a tendência crescente da despesa em saúde oral, tanto a nível público como a nível privado, é importante adotar medidas que permitam reduzir a incidência das doenças orais a curto e médio prazo. A adoção de medidas preventivas e tratamentos precoces poderão representar uma redução dos custos económicos e um aumento dos ganhos em saúde.

## **2.9. Prestação de Cuidados de Saúde Oral em Portugal**

A prestação de cuidados de saúde oral em Portugal é condicionada pela baixa cobertura do SNS neste tipo de cuidados e pela oferta maioritariamente privada. No entanto, desde cedo, tem sido notório o empenho no desenvolvimento e implementação de novos programas de saúde oral, com propósito de dar resposta às necessidades básicas da população.

Nos subcapítulos que se seguem são abordados os assuntos relacionadas com a prestação deste tipo de cuidados, nomeadamente, a procura e a oferta dos mesmos, bem como os vários programas de saúde oral já desenvolvidos em Portugal.

### 2.9.1. Procura

A procura de cuidados de saúde oral no nosso país é condicionada pela baixa cobertura do SNS e pelos custos relativamente elevados dos tratamentos. De modo semelhante à generalidade dos serviços de saúde, a procura do mesmo tem como característica a existência de múltiplas fontes de financiamento. Mais ainda, a procura de cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de saúde oral, está fortemente relacionada com o rendimento, uma vez que é uma das áreas que mais pagamentos diretos implica no ato da utilização (ERS, 2009).

Num estudo realizado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em 2008, permitiu aferir que das 11492 consultas analisadas, 53.4% tiveram como origem o pagamento direto na totalidade por parte do utilizador. O subsistema público ADSE<sup>6</sup>, foi a entidade financiadora com maior representatividade na amostra, num total de 16%. A seguinte entidade, e a mais frequente das entidades privadas, foi o conjunto dos Serviços de Assistência Médico-Social (SAMS) dos bancários, com 7,7% das consultas. Por sua vez, o SNS apenas financiou 2.9% do total das consultas analisadas (ERS, 2009).

Conclui-se então que a maioria da procura de serviços de saúde oral em Portugal é financiada pelos próprios utentes, não estando dependente de qualquer acordo ou convenção com entidade ou subsistema financiador. Por isso, é normal que em alturas de crise económica a população tenda a adiar as consultas de saúde oral. Por outro lado, em períodos de recuperação económica verifica-se uma tendência de aumento da procura por estes cuidados (Glick, *et al.*, 2012).

Atualmente, a necessidade e a procura continuam a não estar devidamente satisfeitas, apesar da saúde oral ser um direito básico e a sua contribuição ser fundamental para a saúde em geral. As doenças orais continuam a ter uma expressão bastante significativa em termos de qualidade de vida e produtividade, causando um impacto economicamente negativo na sociedade.

---

<sup>6</sup> Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Pública (Serviço Integrado do Ministério da Saúde), designado inicialmente por Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado.

### **2.9.2. Oferta**

Em Portugal a oferta de cuidados de saúde oral é maioritariamente privada, condicionando assim a procura destes cuidados pela população, o que pode dificultar o acesso a estes cuidados.

Os serviços públicos que oferecem cuidados de saúde oral são efetivamente muito poucos, refletindo-se no incremento de graves problemas de saúde oral na população. Em 2007, apenas 27 concelhos do país ofereceram consultas de saúde oral nos vários Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), num total de 94735 consultas. Contudo, considera-se este número muito pequeno, pois estima-se que represente apenas cerca de 1% do volume anual de consultas no setor privado (ERS, 2009). Atualmente, com o alargamento do PNPSO certamente estão a ser realizadas mais consultas, mesmo que direcionadas para um grupo da população em específico.

Relativamente à prestação privada, as clínicas e consultórios dentários são obrigados a realizar o licenciamento para ficarem habilitados à licença de funcionamento do estabelecimento. O procedimento de licenciamento desta tipologia de unidades privadas de saúde está definido pelo Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto e pela Portaria n.º 268/2010, de 12 de maio, que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade deste tipo de estabelecimentos (ERS, 2014b).

Em abril de 2014 estavam registados no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados cerca de 5641 estabelecimentos de prestação de serviços de saúde oral privados. A zona norte do país, em termos de percentagem, é a que tem mais prestadores privados (41%), seguida da zona de Lisboa (27%), posteriormente a zona centro (23%) e por fim a zona do Alentejo (5%) e do Algarve (4%) (ERS, 2014a).

A maior parte dos estabelecimentos privados são pequenos em termos de dimensão, pois 85% destes têm apenas no máximo 3 profissionais ao serviço. Em média, existem 2 profissionais de saúde na prestação de cuidados de saúde oral, por estabelecimento (ERS, 2009).

Ainda assim, mais de 90% dos profissionais de saúde oral desempenham a sua função no setor privado. Dos 9097 profissionais de saúde oral no ativo, em 2012, apenas 90

trabalhavam em hospitais e 43 noutros serviços públicos. Existiam ainda cerca de 446 profissionais a desempenhar funções nas Universidades da especialidade (Kravitz e Bullock, 2015).

### **2.9.3. Programas de Saúde Oral Desenvolvidos**

O acesso a programas de saúde oral em Portugal foi sempre direcionado a determinados grupos da população, considerados prioritários ou de risco. Apesar de terem sido feitos esforços no sentido de abranger um maior grupo da população, atualmente, este paradigma ainda se mantém com o PNPSO.

O primeiro programa de saúde oral desenvolvido sob orientação técnico-normativa da DGS remonta a 1986, desenvolvido a nível local nas escolas, direcionado para as crianças do ensino básico e pré-escolar e com o objetivo sensibilizar a educação da saúde e prevenção das doenças orais. No entanto, este programa não teve muito sucesso e uma das razões apontadas é o facto de terem participado profissionais não devidamente qualificados, por exemplo na administração de fluoretos e aplicação de selantes de fissura em dentes permanentes (DGS, 2008; Firmino, 2014).

Mais tarde, em 1988, foram implementados programas de educação para a saúde para a população em geral e, um ano depois, o programa de saúde oral em saúde materna e infantil foi alargado a crianças e grávidas (Firmino, 2014).

Em 1999, iniciou-se o Programa de Promoção da Saúde Oral para Crianças e Adolescentes, que passou a contemplar as crianças e jovens com 6-7, 9-10, 12-13 e 16 anos, através de contratualização com Médicos Dentistas e Estomatologistas do setor privado. Assim, as crianças começaram a ter acesso a determinados procedimentos preventivos, tais como, a aplicação de selantes de fissura e o tratamento de lesões de cárie dentária. Contudo este programa manteve uma abrangência reduzida, incluindo apenas cerca de 45 mil crianças (DGS, 2008; Firmino, 2014).

Resumidamente, entre 1987 e 2005, os programas de saúde oral desenvolvidos em Portugal recomendavam a toma de fluoretos, sob a forma de gotas orais ou comprimidos, cuja dosagem podia chegar a 1mg/dia. A toma poderia ser feita nos jardins de infância, para as crianças mais pequenas, após o consentimento dos encarregados de educação e

também nas escolas do 1.º ciclo do ensino básico, onde a estratégia era complementada através do bochecho com uma solução de fluoreto de sódio a 0,2% (DGS, 2008).

Em 2005, deu-se o início do PNPSO, através do despacho n.º 153/2005, de 28 de outubro, inserido no PNS 2004-2010, com a participação das Faculdades de Medicina Dentária portuguesas, da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) e da Ordem dos Médicos (OM) (DGS, 2008; Firmino, 2014).

Este programa foi criado com o intuito de reduzir a incidência e a prevalência das doenças orais nas crianças e nos jovens, melhorar os conhecimentos e os comportamentos sobre saúde oral e promover a equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e aos jovens com necessidades de saúde especiais, não satisfeitos no SNS (ERS, 2014a).

Assim sendo, em 2005 o programa incluía apenas as crianças e os jovens com 7, 10 e 13 anos, integrados em escolas públicas ou Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Mais tarde, em 2008, o programa passou a incluir também as grávidas seguidas no SNS e os idosos beneficiários do complemento solidário, por forma a prestar um acesso mais equitativo aos cuidados de saúde oral. Em 2009, passou a integrar as crianças com idade igual ou inferior a 6 anos (saúde infantil), através de referênciação do Médico de Família ou em situações agudas (ERS, 2014a).

Em 2010, o programa passou a incluir os doentes portadores de Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e ainda as crianças com idades intermédias, ou seja, 8, 9, 11, 12, 14 e 15 anos, também por referênciação do Médico de Família ou em situações agudas. Em 2013, os jovens em meio escolar da rede pública e IPSS com 15 anos completos, que tenham sido utentes beneficiários do PNPSO e seguido o respetivo plano de tratamentos aos 13 anos de idade, também passaram a estar incluídos (Costa, 2013; ERS, 2014a).

Apenas em 2014 o PNPSO passou a ter intervenção precoce no cancro oral e, mais recentemente, em 2016, o programa passou a integrar os jovens de 18 anos que tenham sido beneficiários do PNPSO e concluído o plano de tratamentos aos 16 anos, bem como os utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA que já tenham sido abrangidos pelo PNPSO e que não fazem tratamentos há mais de 24 meses e ainda as crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos com necessidades especiais de saúde, nomeadamente portadores de

doença mental, paralisia cerebral, trissomia 21, entre outras, que não tenham ainda sido abrangidos pelo PNPSO (Costa, 2014; Costa, 2015).

O PNPSO rege-se através de um modelo de contratualização de cuidados de saúde oral privados, garantindo a liberdade de escolha do prestador por parte do utente do SNS. Este modelo apresenta-se através do cheque-dentista, que surgiu em 2008, quando o programa passou a incluir mais dois segmentos da população portuguesa (grávidas e idosos). O cheque-dentista simplificou o processo de acesso, uma vez que passou a substituir a candidatura até então realizada pela Administração Regional de Saúde (ARS) para atribuição das consultas. Este programa é coordenado a nível nacional através da DGS e em termos regionais através das ARS (ERS, 2014a).

Relativamente à ter intervenção precoce no cancro oral, esta deverá ser desencadeada pelo médico de família, na sequência de “rastreio oportunista de utentes de elevado risco [...]” ou de “diagnóstico clínico de lesões malignas ou potencialmente malignas, detetadas pelo médico de família no seguimento de queixa pelo utente ou referidas por Médico Estomatologista ou Médico Dentista”, onde poderão ser atribuídos dois tipo de cheque, mediante a situação: cheque-diagnóstico e cheque-biópsia (Costa, 2014).

O número de cheques-dentista atribuídos varia consoante o grupo da população em questão, bem como a taxa de utilização dos mesmos, conforme apresentado na tabela 1. Relativamente à atribuição de cheques-dentista, em 2013, foram emitidos aproximadamente 634 mil, sendo que em 2014 este número baixou para cerca de 550 mil cheques-dentista. Em termos de utilização, apenas 74% dos cheques-dentistas emitidos foram efectivamente utilizados em 2014 (Ministério da Saúde, 2015).

Na vertente hospitalar da prestação de cuidados de saúde oral, muito pouco tem sido desenvolvido, apesar de se reconhecer a carência deste tipo de serviços na área da saúde pública.

O PNPSO tem vindo a ser alargado ao longo dos anos, no sentido de se tornar universal, englobando os grupos populacionais mais fragilizados e tendo em consideração a necessidade de prevenção das doenças orais de maior gravidade. Contudo, este continua a ser dirigido apenas a uma parte da população portuguesa. Todavia, a introdução do diagnóstico precoce do cancro oral no programa poderá ter um grande impacto nos



números associados a esta patologia e consequentemente, aumentar a qualidade de vida dos indivíduos portadores desta patologia.

Tabela 1. Número de cheques-dentista atribuídos, número de cheques-dentista emitidos e taxa de utilização dos mesmos, por grupo beneficiário, em 2014 (Costa, 2013; Costa, 2015; Costa, 2014; Ministério da Saúde, 2015).

<b>Beneficiários</b>	<b>Nº cheques-dentista atribuídos</b>	<b>Nº cheques-dentista emitidos</b>	<b>Taxa de utilização</b>
Crianças e jovens com 7, 10 e 13 anos	2 por ano (7 e 10 anos) 3 por ano (13 anos)	403876	74%
Grávidas	3 por gravidez	88125	81%
Idosos	2 por ano	8718	88%
Saúde Infantil	1 por ano	28667	50%
Utentes portadores de HIV/SIDA	6 por utente	1083	87%
Crianças e jovens com idades intermédias	1 por ano	11304	59%
Crianças e jovens com 15 anos completos	1 por ano	5318	78%
Intervenção precoce no cancro oral	2 por ano (cada tipo)	2732	35%
Jovens com 18 anos	1 por ano	-	-
Crianças e jovens com 7, 10 e 13 anos com necessidades especiais	1 por ano	-	-
Utentes portadores de HIV/SIDA sem tratamento à mais de 24 meses	2 por cada 2 anos	-	-

### 3. Metodologia

Nos dias que decorrem, tendo em conta a escassez de recursos no setor da saúde, é importante adotar uma gestão estratégica eficaz, que na maior parte das situações implica concentrar os recursos nas áreas onde é mais suscetível obter melhores resultados. Porém, é importante identificar as áreas da saúde que apresentam um maior número da população com necessidades não satisfeitas e estabelecer as prioridades de acordo com esses resultados e com os recursos disponíveis.

Enquadrado numa análise de custos, este estudo tem como finalidade analisar o impacto da introdução de um sistema de saúde oral no SNS português, através da idealização de um sistema mais abrangente e acessível. Neste sentido, os objetivos centrais do presente estudo exprimem-se nas seguintes questões de investigação: Quais os custos de implementação de um sistema de saúde oral no SNS português? Qual o impacto no estado de saúde da população portuguesa?

Para alcançar os objetivos propostos anteriormente, a recolha de informação e dos dados para o estudo foi realizada através de um vasto conjunto de base de dados, maioritariamente de fontes secundárias (revisão da literatura, artigos, relatórios, estatísticas, entre outros). Posteriormente, foi necessário definir a amostra em estudo, que neste caso diz respeito aos países a analisar em termos de sistema de saúde oral. Assim, foram determinados os seguintes critérios de inclusão:

- País pertencente à UE a 28 membros;
- País membro da OCDE;
- País com sistema de saúde do tipo beveridgiano;
- País com sistema de saúde oral incluído no SNS;
- Informação disponível sobre prestação, financiamento, grupos populacionais abrangidos e organização dos cuidados de saúde oral.

Foi também necessário definir um critério de exclusão, para permitir uma análise mais equiparada:

- País com sistema de saúde oral integrado no SNS sob a forma de seguro.

A amostra resultou num total de sete países, Dinamarca, Espanha, Finlândia, Itália, Reino Unido, Suécia e Portugal, sob os quais foi feita uma revisão sistemática da literatura disponibilizada, por forma a analisar e comparar os vários sistemas de saúde oral. A informação recolhida teve como principal fonte os relatórios publicados pelo European Observatory on Health Systems and Policies, intitulados por “*Health Systems in Transition*” e o relatório publicado pelo Council of European Dentists, designado por “*Manual of Dental Practice 2015*”. Posteriormente, foi realizada uma tabela com o resumo dos sistemas de saúde oral dos vários países, por forma a serem facilmente identificados os cuidados de saúde oral publicamente financiados.

Foram ainda recolhidos dados de cada país, posteriormente organizados em tabelas e gráficos de barras, para permitir uma melhor compreensão da informação, tais como:

- PIB *per capita*;
- População;
- Despesa pública e despesa total em saúde oral;
- Despesa em saúde e saúde oral em percentagem do PIB;
- Despesa privada em saúde oral;
- Rácio de Dentistas<sup>7</sup> em relação à população;
- Número de outros profissionais de saúde oral;
- Percentagem de visitas ao Dentista nos últimos 12 meses.

Após a análise de toda a informação recolhida acerca dos vários sistemas de saúde oral, o objetivo prendia-se em encontrar o país padrão que pudesse servir de exemplo à implementação do sistema de saúde oral em Portugal. Apesar de qualquer um dos sistemas poder ser aplicado no SNS português, com base numa abordagem relacionada com os cuidados de saúde oral fornecidos e numa perspetiva económica acerca da despesa em saúde, concluiu-se que a Finlândia é o país que melhor se enquadra no cenário português (ver secção 4.2).

Neste seguimento, idealizou-se o sistema de saúde oral português, com base no sistema de saúde oral da Finlândia e apurou-se os custos associados à sua implementação no SNS

---

<sup>7</sup> Entenda-se por Dentista o conjunto de Médicos Dentistas, Médicos Estomatologistas e Odontologistas, nos países em que existam a várias categorias profissionais.

português. Esta análise integrou apenas os cuidados de saúde oral prestados no âmbito da rede de CSP, uma vez que em Portugal as estratégias adotadas mais recentemente seguem este sentido. Uma outra razão predende-se com o facto dos cuidados de saúde oral prestados pelo SNS finlandês em colaboração com prestadores privados, estarem associados a um seguro social de saúde.

A despesa pública em cuidados de saúde oral na Finlândia foi a base para determinar o custo de implementação do sistema no SNS português. A informação foi recolhida através do documento disponibilizado pelo THL - National Institute for Health and Welfare, designado por “*Health Expenditure and Financing 2014*”, sendo por isso o documento mais recente relativamente a esta matéria.

Como a informação acerca da despesa associada aos recursos humanos em saúde oral na Finlândia não se encontra disponível e é um critério a considerar na estimação dos custos associados ao sistema, foi necessário recorrer aos dados publicados pela OCDE, relativamente ao número de funcionários da administração pública e da despesa anual relativa a estes funcionários, na Finlândia e em Portugal.

Segundo a última publicação da OCDE relativamente à gestão de recursos humanos em cada país (2012), o número de funcionários da administração pública em Portugal é ligeiramente inferior ao da Finlândia, conforme apresentado na tabela 2. A despesa anual com os funcionários de administração pública é significativamente superior na Finlândia, comparativamente a Portugal. Com estes dados foi então possível determinar o salário médio anual dos funcionários de administração pública, que na Finlândia é de aproximadamente 44618 euros e em Portugal de 36839.7 euros. A diferença média salarial anual entre ambos os países é de 7778.3 euros.

Tabela 2. Estimativa da diferença média salarial anual entre Finlândia e Portugal (OECD, 2016b; OECD, 2016c)

	Nº funcionários de administração pública	Despesa anual relativa aos funcionários de administração pública (milhões €)	Salário médio anual dos funcionários de administração pública (€)
<b>Finlândia</b>	615200	27449.00	44618.0
<b>Portugal</b>	613852	22614.15	36839.7
<b>Diferença média salarial anual</b>			<b>7778.3</b>

Através do valor encontrado relativo à diferença média salarial anual e, tendo em conta o número de profissionais de saúde oral a desempenhar funções nos CSP da Finlândia (tabela 10), foi possível determinar a correção salarial em termos de despesa com estes funcionários, relativamente a Portugal, através da seguinte equação:

$$\text{Correção salarial} = \text{Diferença média salarial} \times N^{\circ} \text{ profissionais de saúde oral}$$

Posto isto, para determinar o custo de implementação do sistema de saúde oral no SNS português, foram realizados os seguintes cálculos:

1. Determinar o valor da despesa pública da Finlândia em cuidados de saúde oral financiada pelo Estado e pelos municípios com a correção salarial da Finlândia relativamente a Portugal:

$$\text{Despesa pública} = \text{Despesa pública (Estado e municípios)} - \text{Correção salarial}$$

2. Determinar o custo *per capita* em cuidados de saúde oral na Finlândia:

$$\text{Custo per capita} = \frac{\text{Despesa pública}}{N^{\circ} \text{ habitantes da Finlândia}}$$

3. Determinar o custo de implementação do sistema de saúde oral no SNS português, com base no custo *per capita* em cuidados de saúde oral na Finlândia:

$$\text{Custo de implementação} = \text{Custo per capita} \times N^{\circ} \text{ habitantes em Portugal}$$

Relativamente aos custos operacionais, foi necessário avaliar o número de gabinetes necessários para prestar cuidados de saúde oral a toda a população, baseado no número de Dentistas. De acordo com Kravitz, *et al.* (2015), em termos europeus, o rácio médio de habitantes por cada Dentista é de 1433. Utilizando este valor, face à população portuguesa, estimou-se serem necessários aproximadamente 6900 Dentistas, por forma a abranger a toda a população, de acordo com a seguinte equação:

$$N^{\circ} \text{ Dentistas} = \frac{\text{População portuguesa}}{\text{Rácio médio europeu de Dentistas}}$$

Posteriormente, por forma a determinar o número de Dentistas e de gabinetes necessários em cada região foram efetuados cálculos com base na densidade populacional de cada Região de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS). As RRAS permitem definir os mercados relevantes de serviços de saúde oral, com base na população residente e numa

área de abrangência de cerca de 2000 km<sup>2</sup>, resultando em 37 regiões, conforme apresentado na figura 5 (ERS, 2009).



Figura 5. Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (ERS, 2009).

Com base na densidade populacional de cada região, foi estimado o número de Dentistas necessários para abranger a população associada às várias regiões, quer para uma taxa de utilização de 100%, bem como para taxas de utilização de 25%, 50% e 75% por parte da população (tabela 12). Por fim, os custos operacionais associados ao número de gabinetes necessários foram baseados na informação apresentada pela Associação Nacional de Jovens Empresários, no documento “*Guia Prático: Como criar uma Clínica Dentária*”, apresentado na tabela 3.

Tabela 3. Custo associado à operacionalização de um gabinete para prestação de cuidados de saúde oral (Alípio, s/d)

<b>Equipamentos e materiais</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor total</b>
<b>Equipamento básico:</b>			
Cadeiras	11	100 €	1100 €
Mesas	1	150 €	150 €
Armários completos	3	1000 €	3000 €
Outros armários	2	200 €	400 €
Balcão de receção	1	300 €	300 €
<b>Equipamento técnico:</b>			
Cadeira dentária e equipamento básico	1	20000 €	20000 €
Compressor	1	2000 €	2000 €
Ortopantomografo	1	10000 €	10000 €
Reveladora	1	1000 €	1000 €
Seladora	1	400 €	400 €
Autoclave	1	2000 €	2000 €
Cuba de ultra-sons	1	450 €	450 €
Aparelho de raio-x	1	5000 €	5000 €
Vibrador de amalgama	1	200 €	200 €
Fotopolimerizador	1	300 €	300 €
Negatoscópio	1	100 €	100 €
Equipamento informático	1	1250 €	1250 €
Material dentário básico	1	5000 €	5000 €
Outros custos	1	2500 €	2500 €
<b>Total</b>			<b>55 150 €</b>

Relativamente ao impacto no estado de saúde da população portuguesa devido à introdução de um sistema de saúde oral no SNS português, a metodologia adotada resultou de algumas condicionantes relacionadas, fundamentalmente, com a disponibilidade da informação. Desta forma, os dados apresentados dizem respeito a estudos previamente realizados, que permitem refletir o impacto das medidas em saúde oral já implementadas em Portugal.

Desta forma, e face à escassez de estudos neste âmbito, foram utilizados como base desta análise dois estudos a nível nacional, “*A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*” e “*III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*”. Nestes estudos foi possível aferir os números associados à prevalência e gravidade de cárie dentária, saúde periodontal, percentagem da população com mais de 65 anos de idade com desdentição total, número de visitas ao Dentista nos últimos 12 meses, bem como, a percentagem de população com mais de 65 anos com dificuldade em comer e mastigar.

Foi também necessário recorrer ao relatório “*Special Eurobarometer 330 - Oral Health*”, para apurar os dados relativos à percentagem de população com dentição natural total, permitindo comparar os resultados de Portugal e Finlândia. Em termos de incidência de cancro oral e do lábio, foi necessário recorrer ao *website* “*Globocan 2012*”, desenvolvido pela IARC, para obter informação relativamente a Portugal e à Finlândia, no que respeita à incidência desta patologia em termos gerais e por género.

Por fim, após a apresentação dos resultados foi feita uma reflexão dos mesmos, através de fundamentação bibliográfica, com hipóteses apresentadas por vários autores nesta linha de investigação.



## **4. Sistemas de Saúde Oral**

Os países selecionados para a análise em questão são estados membros da União Europeia, com sistemas de saúde do tipo beveridgiano, sendo que de alguma forma, os cuidados de saúde oral estão incluídos nos cuidados de saúde fornecidos pelo Estado. Sendo assim, foram selecionados os seguintes países: Dinamarca, Espanha, Finlândia, Itália, Reino Unido, Suécia e Portugal.

Todos os países incluídos na análise têm como principal fonte de financiamento do sistema de saúde a receita fiscal, que por sua vez, também é a fonte de financiamento dos cuidados de saúde oral englobados nos cuidados publicamente oferecidos.

As políticas de saúde adotadas pelos vários países são variadas, principalmente no que respeita aos cuidados de saúde oral. Alguns países já têm um sistema de saúde oral criado, com critérios bem definidos em relação à população que beneficia de cuidados gratuitos e/ou de subsídios. Em contrapartida, outros países têm uma oferta pública de cuidados de saúde oral muito limitada e pouco abrangente.

Seguidamente são apresentados os sistemas de saúde oral dos países selecionados para análise, fazendo referência à prestação dos cuidados de saúde oral publicamente financiados e aos grupos populacionais a que se destinam.

### **Dinamarca**

A Dinamarca possui um SNS altamente descentralizado e financiado por impostos gerais. Os cuidados de saúde oral fornecidos pelo Estado são gratuitos para a população até aos 18 anos de idade e subsidiados de forma parcial para a população adulta (Kravitz e Bullock, 2015).

As crianças e jovens até aos 18 anos de idade têm cuidados de saúde oral fornecidos de forma gratuita pelos serviços municipais ou pelos prestadores privados, sob a forma de sistema de reembolso com base em taxas pagas pelos municípios. Os cuidados fornecidos incluem exames periódicos e tratamentos, sendo que quando necessário, o tratamento ortodôntico também é incluído. Grande parte destes cuidados são fornecidos em ambiente escolar, com base em atividades que englobam educação para a saúde oral, controlo da

alimentação, instruções de higiene e cuidados orais, como tratamento de caries dentárias e uso de fluoretos (Olejaz, *et al.*, 2012).

Os cuidados de saúde oral para a população com idade superior a 18 anos são oferecidos maioritariamente pelos prestadores privados. Existe um sistema de subsídios por parte do Estado que é estabelecido entre o município e a Associação Dinamarquesa Dentária, que determina o valor pago pelo indivíduo e pelo município. De uma forma geral, os subsídios são maiores para os cuidados preventivos, os tratamentos essenciais (periodontia, endodontia, entre outros) e para a população com idade compreendida entre os 18 e os 25 anos. Por sua vez, os subsídios são menores para os tratamentos mais caros, como é o caso de cirurgias orais. Serviços de ortodontia, aplicação de coroas, pontes e próteses removíveis são pagos na totalidade pelo utente. Contudo, ainda assim, os utentes pagam cerca de 82,5% dos custos associados aos cuidados de saúde oral e os municípios são responsáveis pelo pagamento dos restantes 17,5%. (Kravitz e Bullock, 2015).

Existem ainda outros subsídios no âmbito dos cuidados de saúde oral destinados à população adulta, para pessoas com doenças como cancro e VIH, e com uma condição económica desfavorável (Kravitz e Bullock, 2015; Olejaz, *et al.*, 2012).

Em 2013, a Dinamarca gastou aproximadamente 413 milhões de euros em cuidados de saúde oral públicos, dos quais 253 milhões de euros foram aplicados nos cuidados fornecidos a crianças e jovens até aos 18 anos de idade e os restantes 160 milhões de euros foram aplicados à população adulta. O total dos gastos em saúde oral correspondeu a 3.7% dos gastos totais em saúde pública, para o mesmo ano (Kravitz e Bullock, 2015). Em termos de despesa total em cuidados de saúde oral, estima-se que em 2012, tenham sido alocados aproximadamente 890 milhões de euros (Patel, 2012).

Ainda assim, aproximadamente 30% dos Dinamarqueses possuem um seguro de saúde privado para cuidados de saúde oral, já que cerca de 62% da despesa em saúde oral está relacionada com os cuidados fornecidos pelo setor privado, que implicam pagamentos diretos por parte do utilizador. (Kravitz e Bullock, 2015).

Os Médicos Dentista ativos no setor privado têm autonomia e representam cerca de dois terços do número total de Médicos Dentistas. Já no setor público, dos 98 municípios existente na Dinamarca, 91 têm Médicos Dentistas a desempenhar funções em instalações

públicas, quer ao nível dos hospitais e serviços de saúde oral, bem como nas universidades, escolas públicas e também nas Forças Armadas (Kravitz e Bullock, 2015).

## **Espanha**

Os cuidados de saúde públicos em Espanha são financiados através de impostos, estando por isso associados a um orçamento anual disponível para a saúde. Contudo, grande parte dos cuidados de saúde relacionados com saúde oral, saúde mental e serviços estéticos estão fora dos cuidados oferecidos pelo Estado. Sendo assim, a maioria dos cuidados de saúde oral são fornecidos por prestadores privados, implicando pagamentos diretos dos custos totais por parte da população (Kravitz e Bullock, 2015).

Existe uma minoria de cuidados públicos no âmbito da saúde oral integrados nos CSP (ambulatório), que são geridos pelas instituições regionais de saúde. Estes cuidados incluem apenas situações de emergência, extrações dentárias ou prescrição de antibióticos. Contudo, se for necessário, poderá existir referenciação do utente para um cirurgião oral (Kravitz e Bullock, 2015).

Em algumas regiões do país estão a ser desenvolvidos programas específicos de saúde oral para crianças e jovens, baseados na prevenção e na odontopediatria, fornecendo cuidados gratuitos para jovens até aos 15 anos de idade. Apesar da iniciativa, o programa ainda é muito reduzido, sendo direcionado apenas a uma parte da população (García-Armesto, *et al.*, 2010).

Conforme referido anteriormente, a prestação de cuidados de saúde oral em Espanha é maioritariamente privada, mas ainda assim, em 2013, apenas 19,3% da população usufruíam de seguro de saúde privado, que contempla cuidados de saúde oral, tais como: exames, extrações, diagnóstico radiológico e profilaxia. Estes mesmos cuidados são assegurados por 92% dos Médicos Dentistas no setor privado, face aos 5% a exercer no setor público (Kravitz e Bullock, 2015).

Estima-se que em 2012 a despesa total em cuidados de saúde oral tenha sido de aproximadamente 4.72 mil milhões de euros que, tendo em conta a percentagem de despesa privada neste tipo de cuidados (97.4%), apenas 123 milhões de euros foram despesa pública (OECD, 2013; Patel, 2012).

## **Finlândia**

O sistema de saúde Finlandês é financiado em grande parte através de impostos, sendo que existe ainda um imposto adicional especial para a saúde, sob a forma de contribuição dos empregadores e trabalhadores, destinado ao seguro social de saúde, gerido pelo KELA (Segurança Social). Os cuidados de saúde oral públicos são fornecidos pelos municípios, existindo também a possibilidade de recorrer aos prestadores privados, onde posteriormente os custos serão reembolsados pelo KELA, que fornece alguma assistência no pagamento de cuidados de saúde, sob a direção estratégica do Ministério da Saúde (Kravitz e Bullock, 2015).

Em 1970, alguns cuidados de saúde oral foram providenciados para crianças e adolescentes, através de *check-up* dentários, dentro da rede de CSP. Alguns anos depois, este programa conseguiu abranger cerca de 80% da população jovem, sendo que durante este período o financiamento público de outros serviços associados à saúde oral foi muito limitado (Vuorenkoski, 2008). Gradualmente, os cuidados de saúde oral prestados pelos municípios foram expandindo para outros grupos populacionais e, desde 2001-2002, cerca 75% da população recebe cuidados de saúde oral de forma regular e realiza exames orais a cada um ou dois anos (Kravitz e Bullock, 2015).

De uma forma geral, os exames regulares da população mais jovem incluem cuidados preventivos e ortodontia, sendo que os tratamentos são gratuito para menores de 18 anos de idade (Kravitz e Bullock, 2015; Vuorenkoski, 2008). Os cuidados de saúde oral para a população jovem adulta e alguns grupos especiais são considerados prioridade nos serviços municipais (Vuorenkoski, 2008).

Aproximadamente 36% dos cuidados de saúde oral na Finlândia são financiados pelo Estado (50% pelos municípios e 50% pelo Governo Central), 56% são pagamentos diretos por parte da população, 7% são financiados pelo KELA e 1% pelos empregadores (Kravitz e Bullock, 2015).

O reembolso atribuído pelo KELA varia entre 30% a 35% do valor total cobrado pelo prestador privado. Apesar dos preços praticados no setor privado não serem fixados, a compensação atribuída é determinada mediante as tabelas fixadas pelo KELA (Kravitz e Bullock, 2015).

Nos cuidados de saúde oral públicos os utentes estão sujeitos a um co-pagamento, que apesar do valor da taxa ser considerável, é cerca de metade do custo no setor privado. Não obstante, para a população com idade inferior a 18 anos, os tratamentos são gratuitos (Kravitz e Bullock, 2015).

Em 2013, a despesa total em cuidados de saúde oral foi de aproximadamente 1.066 mil milhões de euros, dos quais 459 milhões de euros são despesa pública em cuidados de saúde oral (Matveinen e Knape, 2016). Cerca de 41% das consultas fornecidas no âmbito dos cuidados de saúde oral públicos foram destinadas à população mais jovem, até aos 18 anos de idade. Por outro lado, foram prestadas 2.8 milhões de consultas no setor privado, das quais apenas 3% corresponderam a indivíduos com idade inferior a 24 anos. Em termos relativos, a utilização dos serviços privados por parte dos adultos é muito mais comum nos cuidados de saúde oral, comparativamente à medicina geral (Vuorenkoski, 2008).

A prestação de cuidados domiciliários na saúde oral não é muito comum, sendo normalmente fornecida por profissionais de saúde pública. Já os prestadores privados estão concentrados em áreas densamente povoadas e empregam cerca de metade dos profissionais de saúde oral (Kravitz e Bullock, 2015).

## **Itália**

Em Itália, o sistema de saúde público é financiado maioritariamente através de impostos, com pequenos valores de co-pagamentos por parte dos utentes, limitados a determinados produtos farmacêuticos, consultas de especialidade e serviços de diagnóstico. Ainda assim, existem vários tipos de isenções destes co-pagamentos, mediante condições médicas e níveis de rendimento (Kravitz e Bullock, 2015).

A oferta pública, por parte do SNS, em cuidados de saúde oral é muito limitada e pouco abrangente. Os serviços prestados dependem das prioridades locais e, por isso, variam consideravelmente de região para região (Kravitz e Bullock, 2015). Os cuidados de saúde oral prestados podem ser considerados mínimos, incluindo apenas serviços de prevenção e de diagnóstico, tratamentos para cáries dentárias e complicações associadas, doenças periodontais, oclusão dentária, complicações ósseas dentárias e emergências. Em

determinadas regiões do país são fornecidos apenas tratamentos de emergência (Ferré, *et al.*, 2014).

Após a revisão de 2008 por parte do Nível Essencial de Assistência, ficou estabelecido que os cuidados de saúde oral prestados pelo SNS estão limitados a programas de cuidados de saúde oral dedicados à população com idade inferior a 14 anos e indivíduos com condições particulares de vulnerabilidade, sendo que ambos os grupos populacionais encontram-se isentos de co-pagamentos. A restante população tem acesso apenas a exames dentários após o diagnóstico precoce de patologias neoplásicas da cavidade oral e tratamento imediato de urgências (infecções e dor severas, hemorragias, entre outras) (Kravitz e Bullock, 2015).

A prestação de cuidados de saúde oral em Itália pode então ser considerada privada, uma vez que apenas 4% dos cuidados são prestados no âmbito do SNS. A despesa pública em 2003, relativamente a cuidados de saúde oral, foi de apenas 500 milhões de euros, apesar de nos últimos anos, este valor ter vindo a aumentar, devido à maior oferta por parte do Estado. Já a despesa privada, em 2013, foi de aproximadamente 10 mil milhões de euros, o que se traduz numa despesa total em cuidados de saúde oral de aproximadamente 15 mil milhões de euros (Kravitz e Bullock, 2015; Patel, 2012). Estimou-se que, em 2010, uma família média de 4 indivíduos gastou cerca de 1000 euros por ano em cuidados de saúde oral (Kravitz e Bullock, 2015).

## **Reino Unido**

O SNS no Reino Unido é financiado através de impostos, fornecendo cuidados de saúde universais. No entanto, no que respeita aos cuidados de saúde oral, apenas 40% dos tratamentos básicos são financiados pelo Estado, sendo que o restante é coberto pelos co-pagamentos por parte dos utentes e pagamento diretos aquando a utilização de prestadores privados (Kravitz e Bullock, 2015).

De uma forma geral, a prestação de cuidados de saúde oral no Reino Unido é pública e privada, sendo que os prestadores privados que aceitam tratar utentes do SNS fazem parte do Serviço Dentário Geral. Os cuidados de saúde oral são prestados com base em três sistemas de prestação (Cylus, *et al.*, 2015):

- Serviços gerais, que oferecem serviços em regime de ambulatório e em ambientes comunitários locais, para atender a maioria das necessidades de saúde oral;
- Serviços secundários e terciários em hospitais de agudos e de especialidade, que fornecem aconselhamento especializado e tratamento para problemas complexos;
- Serviços comunitários, onde para além de suporte epidemiológico e recolha de dados, são prestados cuidados de saúde oral em escolas (para realização de triagem de cáries dentárias e promoção da saúde oral), clínicas comunitárias, domicílios e lares de idosos (para aqueles que não podem usufruir dos serviços gerais).

Existem grupos específicos, comuns a todos os países do Reino Unido, que têm acesso a cuidados de saúde oral públicos gratuitos, como é o caso da população até aos 18 anos de idade, grávidas ou mulheres em período de amamentação, pessoas com dificuldades de bem-estar e estudantes até aos 19 anos de idade em tempo integral. Tratamentos como cuidados domiciliários e reparações de próteses são também gratuitos para pessoas com mobilidade reduzida (Cylus, *et al.*, 2015; Kravitz e Bullock, 2015).

Dentro do SNS do Reino Unido a população pode usufruir de vários tratamentos, considerados clinicamente necessários para manter os dentes, as gengivas e a boca saudável, incluindo tratamento preventivo, endodontia, próteses, coroas e ainda tratamento ortodôntico para os jovens até aos 18 anos de idade. A população tem opção de escolha relativamente ao prestador (SNS ou privado), sendo que os grupos de comissão local devem garantir que os cuidados estão disponíveis dentro da área geográfica para a qual são responsáveis (Cylus, *et al.*, 2015). No entanto, mediante os países que constituem o Reino Unido, existem diferenças em relação aos co-pagamentos realizados aquando a utilização dos cuidados de saúde oral públicos.

Na Inglaterra e no País de Gales, para aceder aos cuidados de saúde oral, os utentes pagam uma taxa fixa, revista anualmente, que na última revisão foi fixada com os seguintes valores (NHS, 2014; NHS, 2016):

- Inglaterra: nível 1 com £19.70 (24.64€)<sup>7</sup>, nível 2 com £53.90 (64.69€)<sup>7</sup> e nível 3 com £233.70 (280.48€)<sup>8</sup>;

---

<sup>8</sup> Taxa de câmbio fixada ao dia 30 de Junho de 2016.

- País de Gales: nível 1 com £13.50 (16.20€)<sup>8</sup>, nível 2 com £43.00 (51.61€)<sup>8</sup> e nível 3 com £185.00 (222.03€)<sup>9</sup>.

Os níveis de cuidados existentes são (Boyle, 2011; Longley, *et al.*, 2012):

- Nível 1: inclui examinação, diagnóstico e aconselhamento. Quando necessário, também está incluindo exames de raios-x, prevenção e profilaxia;
- Nível 2: inclui todos os tratamentos do nível 1 e ainda obturações, endodontia ou extrações;
- Nível 3: inclui todos os tratamentos do nível 2 e também procedimentos mais complexos, tais como coroas e próteses dentárias.

Na Escócia e na Irlanda do Norte a maioria dos utentes recebem tratamento no âmbito do SNS, onde é cobrado um co-pagamento no valor de 80% dos custos com os cuidados prestados, até um máximo de 384 libras (460.86 euros)<sup>8</sup> (O'Neill, *et al.*, 2012; Steel e Cylus, 2012).

A maioria dos cuidados de saúde oral especializados são fornecidos fora do SNS, embora exista um conjunto pequeno deste tipo de cuidados no âmbito do mesmo. Apenas uma pequena parte da população usufrui de planos de saúde privados para cobrir os custos associados aos cuidados de saúde oral. Os seguros dentários privados são baseados em planos de capitação que incluem um pacote básico ou num montante fixo por ano que cobre o custo do tratamento até um montante pré-determinado (Cylus, *et al.*, 2015).

Ainda assim, tendo em conta os co-pagamentos e pagamentos diretos associados à utilização dos cuidados de saúde oral por grande parte da população, em 2013, cerca de 56% da população adulta visitou um Médico Dentista nos últimos dois anos, bem como 70% da população infantil (Kravitz e Bullock, 2015).

Todavia, em algumas regiões do País de Gales e da Irlanda do Norte existe dificuldade em fornecer cuidados de saúde oral a toda a população, uma vez que o número de Dentistas a exercer é escasso. De facto, é a prestação em parceria com o setor privado, que neste caso, ajuda a colmatar esta lacuna (Cylus, *et al.*, 2015).

---

<sup>9</sup> Taxa de câmbio fixada ao dia 30 de Junho de 2016.



Relativamente à despesa em cuidados de saúde oral, em 2009 a Inglaterra gastou aproximadamente 3.098 mil milhões de libras (3.7 mil milhões de euros)<sup>10</sup> em cuidados públicos, o que representou 3.2% da despesa em saúde. Por sua vez, o País de Gales em 2011 alocou à saúde oral 188 milhões de libras (225.6 milhões de euros)<sup>9</sup>, que representou 3.5% da despesa em saúde. Em termos de despesa total em saúde oral, segundo Patel (2012), estima-se que Reino Unido despendeu 9.65 mil milhões de euros em 2012.

## **Suécia**

A maioria dos cuidados de saúde na Suécia são fornecidos através de um seguro social de saúde, a Segurança Social, que também fornece subsídios de doença e invalidez, abono de família e pensões. Grande parte dos cuidados de saúde geral são financiados através de impostos, sendo que em 2013, cerca de 81% dos custos associados à saúde, incluindo saúde oral, foram financiados pelo Estado (Kravitz e Bullock, 2015).

Os Conselhos Municipais são responsáveis por garantir cuidados de saúde oral a toda a população, que são prestados pelo Serviço Dental Público e também por prestadores privados (Anell, *et al.*, 2012).

Os cuidados de saúde oral são gratuitos para a população com idade inferior a 20 anos, sendo que a cada um ou dois anos, as crianças e jovens deste grupo etário são convocadas para um *check-up* regular, aconselhamento dentário e, se necessário, a realização de algum tipo de tratamento. A maioria destes cuidados são fornecidos pelo Serviço Dental Público (cerca de 80%), no entanto em algumas regiões existem prestadores privados a fornecer cuidados de saúde oral que são financiados pelo município (Kravitz e Bullock, 2015).

A população com mais de 20 anos de idade tem acesso aos cuidados de saúde oral através de um misto entre a prestação fornecida pelo Serviço Dental Público e pelos prestadores privados. Cerca de 60% a 80% dos cuidados de saúde oral para adultos são fornecidos de forma privada e financiados pelos próprios indivíduos (Anell, *et al.*, 2012). Contudo, para uma parte considerável deste tipo de cuidados existe um sistema de Segurança Social que

---

<sup>10</sup> Taxa de câmbio fixada ao dia 30 de Junho de 2016.

cobre parte dos custos associados aos cuidados de saúde oral, que desde a reforma em 2008 foram implementados e fixados dois tipos de subsídios (Anell, *et al.*, 2012):

- Subsídio anual no valor de 300 kronor (31.95 euros)<sup>11</sup> para a população com idade compreendida entre os 20 e os 29 anos e superior a 75 anos;
- Subsídio anual no valor de 150 kronor (15.97 euros)<sup>10</sup> para a população com idade compreendida entre os 30 e os 74 anos.

Estes subsídios anuais, sob a forma de *voucher*, são fornecidos no âmbito de cuidados de saúde oral preventivos e também para exames gerais, com o objetivo de manter o bom estado de saúde oral da população, motivando a utilização dos serviços básicos e preventivos, diminuindo a necessidade de tratamentos futuros (Anell, *et al.*, 2012).

Para os restantes cuidados de saúde oral, os indivíduos com idade superior a 20 anos, beneficiam de um esquema de proteção de elevado custo, que consistem num subsídio de 50% dos custos totais para valores entre 3000 kronor (319.47 euros)<sup>10</sup> e 15000 kronor (1597.35 euros)<sup>10</sup> e 85% de subsídio para valores superiores ao último. Até o valor de 3000 kronor o custo é suportado na íntegra pelo indivíduo (Anell, *et al.*, 2012).

Este sistema de reembolso não é aplicado a todos os tipos de cuidados de saúde oral, sendo que as medidas preventivas e o tratamento de doenças orais são considerados prioritários, embora seja considerado um sistema rentável e socioeconomicamente eficiente (Kravitz e Bullock, 2015).

Em 2009, aproximadamente metade dos custos em cuidados de saúde oral despendidos pelos municípios foram atribuídos aos serviços prestados nas crianças e jovens e cerca de 14% estão associados aos custos dos serviços prestados por entidades privadas. No mesmo ano, a despesa pública associada aos cuidados de saúde oral implicou 9843 milhões de kronor (1.048 mil milhões de euros)<sup>10</sup>, sendo que no total de despesa pública e privada, estes cuidados foram responsáveis por 24284 milhões de kronor (2.586 mil milhões de euros)<sup>10</sup> (Anell, *et al.*, 2012).

Grande parte dos profissionais de saúde oral desempenham funções no setor público, no Serviço Dental Público, sendo que este é responsável por empregar 55% de todos os

---

<sup>11</sup> Taxa de câmbio fixada ao dia 30 de Junho de 2016.

Médicos Dentistas e aproximadamente 80% dos Médicos Dentistas Especialistas (Ortodontistas, Endodontistas, entre outros) (Kravitz e Bullock, 2015).

## **Portugal**

O SNS Português é financiado pelo Orçamento de Estado, que em grande parte resulta de receitas fiscais. Assim sendo, todos os cuidados integrados no âmbito do SNS e da rede nacional de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente os cuidados de saúde oral disponíveis, podem ser acedidos pela população, de forma tendencialmente gratuita<sup>12</sup> (Assembleia da República, 1990). O acesso a cuidados de saúde oral na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, seja ao nível dos CSP ou hospitalar, está sujeito ao pagamento de uma taxa moderadora. Por exemplo, o acesso a uma consulta de especialidade de Estomatologia na rede hospitalar implica um co-pagamento de 7€ (Centeno e Fernandes, 2016).

Existem também alguns subsistemas de saúde públicos (como é o caso da ADSE, entre outros) que fornecem cobertura de cuidados de saúde, inclusivamente cuidados de saúde oral. Estes subsistemas são financiados através de contribuições por parte do empregado e do empregador e permitem o acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, bem como a uma rede de prestadores de cuidados de saúde próprios ou convencionados e a todos os outros prestadores (mediante um mecanismo de reembolso) (Barros, *et al.*, 2011).

Os Benefícios Adicionais de Saúde (BAS) são outro mecanismo de redução das desigualdades e melhoria da qualidade de vida dos idosos em situação económica muito desfavorecida. Este sistema apresenta-se sob a forma de reembolso de uma percentagem dos custos suportados pelos beneficiários com próteses dentárias removíveis, medicamentos e óculos. Em termos de próteses dentárias, o Estado reembolsa 75% da despesa na aquisição e reparação das mesmas, até ao limite máximo de 250 euros, por cada período de três anos (Ministério da Saúde, 2015).

Os cuidados de saúde oral fornecidos pelo SNS a nível hospitalar são prestados nos Serviços de Estomatologia e incluem Consultas Externas, Consultas Internas e Serviço

---

<sup>12</sup> Podem ser cobrados determinados valores, de forma a desempenhar uma função de moderação do consumo de cuidados de saúde, tal como prosseguido pelas taxas moderadoras.

de Urgência. Para o utente ter acesso a uma Consulta Externa é necessário existir um processo de referenciação. Posteriormente, o utente é submetido a uma triagem e encaminhado para a especialidade de estomatologia mais adequada: Cirurgia Oral e Maxilo-Facial, Ortodontia, Fisiopatologia Oral, Estomatologia Pediátrica, Doenças Infeciosas, entre outras. Por sua vez, a Consulta Interna é destinada a utentes internados em outros serviços da instituição ou de outras instituições que não possuam a especialidade. Por fim, os Serviços de Estomatologia podem ainda assegurar cuidados de saúde oral a utentes oriundos da triagem do Serviço de Urgência (Morais, 2010). O SNS não prevê os serviços de cuidados de saúde oral ao domicílio (Kravitz e Bullock, 2015).

Ao nível dos CSP, os cuidados de saúde oral são fornecidos, essencialmente, no âmbito do PNPSO, através dos cuidados prestados pelos Higienistas Oraís, tais como: aplicação de selantes, aplicação de fluor, tratamentos de destartarização, polimentos e instrução/motivação para higiene oral. O PNPSO tem ainda como base a atribuição do cheque-dentista, sob a forma de contratualização com o setor privado. Desta forma, ao longo do Continente, existe um vasto conjunto de prestadores privados, que através do cheque-dentista, fornecem cuidados de saúde oral a um determinado grupo da população (crianças e jovens, grávidas, idosos e utentes com VIH/SIDA), de forma gratuita para o utente (ERS, 2014a).

Em 2013, foram realizadas 92012 consultas em ambulatório, ao nível dos ACES, na especialidade de Estomatologia / Medicina Dentária, das quais 44385 foram realizadas no Continente. Destas, 24751 foram prestadas na região Norte, 2503 na região Centro e 17131 na área metropolitana de Lisboa. Na região do Algarve e Alentejo não foi realizada qualquer consulta (INE, 2015).

Ainda assim, o sistema de saúde oral em Portugal continua muito restrito, uma vez que os serviços integrados no SNS são mínimos e por isso o número de profissionais de saúde oral a desempenhar funções no setor público é muito reduzido.

Existem apenas 30 instituições públicas integradas no SNS que possuem serviços de cuidados de saúde oral, através do exercício de Médicos Estomatologistas. As instituições predominantes com este tipo de cuidados são os centros hospitalares e os hospitais, seguidamente as Unidades Locais de Saúde (ULS), os Institutos Portugueses de

Oncologia (IPO) do Porto, Coimbra e Lisboa, e por fim, as ARS, neste caso a do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) (ACSS, 2015).

Conforme descrito na tabela 4, existem somente 167 Médicos Estomatologistas (incluindo Médicos Internos nesta especialidade) a desempenhar funções no SNS, distribuídos pelas várias ARS, sendo que a ARS LVT é a que dispõe de mais Médicos Estomatologistas, num total de 66, seguida da ARS Norte com 63, posteriormente a ARS Centro com 33, a ARS Algarve dispõe de 3 profissionais e por fim, a ARS Alentejo com apenas 2 Médicos Estomatologistas (ACSS, 2015).

Tabela 4. Número de Médicos Estomatologistas a desempenhar funções no SNS (ACSS, 2015).

ARS	Nº Instituições	Nº Médicos Estomatologistas	ARS	Nº Instituições	Nº Médicos Estomatologistas
<b>Norte</b>	<b>13</b>	<b>63</b>	<b>LVT</b>	<b>9</b>	<b>66</b>
ARS Norte	1	1	ARS LVT	1	4
Centro Hospitalar	7	45	Centro Hospitalar	4	55
Hospital	1	7	Hospital	3	3
ULS	3	7	IPO	1	4
IPO	1	3			
			<b>Algarve</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>Centro</b>	<b>6</b>	<b>33</b>	Centro Hospitalar	1	3
Centro Hospitalar	4	27			
ULS	1	5	<b>Alentejo</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
IPO	1	1	Hospital	1	2

Segundo Kravitz e Bullock (2015), 90% dos profissionais de saúde oral exercem funções no setor privado. No setor público, existem apenas 90 Médicos Estomatologistas a exercer nos hospitais, 43 em serviços públicos dentários e 16 nas Forças Armadas. Existe ainda um grupo que totaliza 446 profissionais, que inclui Médicos Estomatologistas e Médicos Dentistas, a desempenhar funções no ensino, mais especificamente nas Universidades que possuem esta especialidade, que cumulativamente também desempenham funções no setor privado (Kravitz e Bullock, 2015).

Nos CSP existem essencialmente Higienistas Orais a desempenhar cuidados de saúde oral. Apesar destes já serem integrados nos serviços de saúde dependentes do Ministério da Saúde desde 1989, com a introdução PNPSO esta categoria profissional ganhou mais relevância, no sentido em que os Higienistas Orais constituem um recurso diferenciado nesta área da saúde. Sendo assim, estes profissionais, para além de desempenharem funções ao nível de promoção da saúde, passaram a intervir no diagnóstico precoce das doenças orais e a realizar procedimentos clínicos específicos (DGS, 2006).

Ainda assim, com base na tabela 5, é possível visualizar que o número de Higienistas Orais a exercer funções no SNS é muito reduzido. A nível nacional existem cerca de 1.1 Higienistas Orais por 100 mil habitantes em exercício de funções, sendo que a ARS Alentejo é aquela que detém maior número, seguida da ARS Algarve, ARS LVT, ARS Centro e ARS Norte (ERS, 2014a).

Tabela 5. Número de Higienistas Orais por 100 mil habitantes, por ARS (ERS, 2014a).

<b>ARS</b>	<b>Higienistas Orais por 100 mil habitantes</b>
Média Nacional	1.10
Norte	0.14
Centro	0.99
LVT	1.75
Algarve	2.79
Alentejo	2.25

Em termos de despesa em cuidados de saúde oral, em 2012, estima-se que foram gastos aproximadamente 750 milhões de euros, dos quais, 450 milhões de euros foram despesa de saúde pública, tendo em conta a percentagem de despesa privada (40%) neste tipo de cuidados (Kravitz e Bullock, 2015; Patel, 2012).

O PNPSO foi responsável por aproximadamente 16 milhões de euros em 2012, representando apenas 2% da despesa em cuidados de saúde oral (ERS, 2014a). Já os BAS foram responsáveis por cerca de 220 mil euros, em 2014, associados aos reembolsos de

aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis, num total de 1466 beneficiários deste programa (Ministério da Saúde, 2015).

A ADSE, por sua vez, despendeu quase três vezes mais que o PNPSO para cuidados de saúde oral. Totalizando ambos os regimes apresentados pela ADSE, regime convencionado e regime livre, esta apresentou uma despesa de aproximadamente 39.14 milhões de euros, em 2014, dos quais 14.9 milhões de euros foram direcionados a cuidados relacionados com próteses dentárias (ADSE, 2015).

A cobertura apresentada pelo PNPSO é muito reduzida quando comparada pela apresentada pela ADSE, quer em termos de universalidade como de proteção em termos de saúde oral. Contudo, importa referir que este nível de proteção implica uma contribuição financeira voluntária e individual por parte dos beneficiários da ADSE.

Não obstante, conforme já enunciado, em Portugal, os cuidados de saúde oral fornecidos pelo Estado são mínimos e direcionados apenas a um grupo restrito da população. Maioritariamente, são prestados ao nível dos cuidados hospitalares, à exceção do PNPSO que opera através de um modelo de contratualização de cuidados de saúde oral privados. Em termos da rede de CSP, atualmente, os cuidados de saúde oral prestados são praticamente nulos.

## 5. Resultados

### 5.1. Comparação Entre os Vários Países

A comparação que se segue entre os países supracitados tem como finalidade relacionar o sistema de saúde oral com as estatísticas populacionais e com o PIB *per capita* de cada país, bem como com a despesa que o sistema implica, quer em termos de despesa pública como de despesa privada, com o número de profissionais de saúde oral e com a utilização dos cuidados de saúde oral por parte da população. O objetivo é determinar qual o país que apresenta o sistema de saúde oral que melhor poderá ser aplicado ao SNS português.

Primeiramente, apresenta-se uma tabela resumo (tabela 6) dos vários sistemas de saúde oral analisados na secção anterior, fazendo referência aos cuidados de saúde oral publicamente financiados e os grupos populacionais respeitantes.

Tabela 6. Caracterização dos sistemas de saúde oral públicos, por país.

País	Grupos populacionais	Cuidados de saúde oral publicamente financiados
<b>Dinamarca</b>	Até 18 anos	Gratuitos: prevenção, exames periódicos, tratamentos (ortodontia quando necessário) – serviços municipais e prestadores privados (reembolso).
	> 18 anos	Subsídios (17,5% do valor): prevenção e tratamentos essenciais – maioritariamente prestadores privados.
<b>Espanha</b>	Até 15 anos	Gratuitos em algumas regiões: prevenção e odontopediatria – CSP.
	Toda a população	Gratuitos: situações de emergência e extrações dentárias – CSP.
<b>Finlândia</b>	Até 18 anos	Gratuitos: prevenção, exames regulares e ortodontia – serviços municipais e prestadores privados (reembolso).
	> 18 anos	Co-pagamento: cuidados gerais – serviços municipais e prestadores privados (reembolso).
<b>Itália</b>	Até 14 anos e indivíduos desfavorecidos	Gratuitos: prevenção e diagnóstico, tratamentos para cáries dentárias, doenças periodontais, oclusão dentária, complicações ósseas dentárias e emergências.
	Restante população	Gratuitos: exames dentários após o diagnóstico precoce de patologias neoplásicas da cavidade oral e tratamento de urgências.
<b>Reino Unido</b>	Até 18 anos, grávidas, indivíduos com dificuldades de bem-estar e estudantes até aos 19 anos	Gratuitos: prevenção, próteses dentárias, coroas, endodontia, obturações e ortodontia – serviços municipais e prestadores privados.
	Restante população	Co-pagamentos estabelecidos mediante o tipo de cuidados – serviços municipais e prestadores privados.



<b>Suécia</b>	Até 20 anos	Gratuitos: cuidados gerais – serviços municipais e prestadores privados.
	Restante população	Subsídio anual mediante a idade: prevenção e exames gerais; Esquema de proteção de elevado custo: restantes cuidados – serviços municipais e prestadores privados.
<b>Portugal</b>	7, 10 e 13 anos, grávidas, idosos e utentes com VIH/SIDA	Cheque-dentista: prevenção, aplicação de selantes, aplicação de fluor, tratamentos de destartarização e polimentos – serviços municipais e prestadores privados.
	Restante população	Co-pagamento: cuidados no âmbito de cirurgia oral e maxilo-facial, fisiopatologia oral, odontopediatria e doenças infecciosas – rede hospitalar.

O PIB *per capita* em Paridade Poder de Compra (PPC) permite comprar o poder de compra dos vários países, uma vez que as taxas de câmbio e de inflação estão anuladas. Neste sentido, de acordo com a tabela 7, o país que apresenta um maior valor é a Suécia, com 46973.6 USD, seguidamente a Dinamarca, a Finlândia, o Reino Unido, a Itália, a Espanha e por fim Portugal, com apenas 29774.8 USD.

Em termos populacionais, o Reino Unido é o país com maior número de habitantes, sendo que seguidamente apresentam-se os países: Itália, Espanha, Portugal, Suécia, Dinamarca e Finlândia. Relativamente à população mais jovem, o Reino Unido, a Dinamarca e a Suécia são os países que apresentam maior percentagem de população entre os 0 e os 25 anos. Contrariamente, na população com idade igual ou superior a 25 anos, a Itália é o país que apresenta maior percentagem de população, seguida pela Espanha e Portugal.

Tabela 7. Estatísticas relativamente ao PIB per capita e à população, em 2015 (Eurostat, 2016b; OECD, 2016a).

<b>País</b>	<b>PIB <i>per capita</i> em PPC (USD)</b>	<b>População (milhões de habitantes)</b>	<b>% população dos 0-14 anos</b>	<b>% população dos 15-24 anos</b>	<b>% população ≥ 25 anos</b>
Dinamarca	46509.9	5.660	17.0	12.9	70.1
Espanha	35056.8	46.450	15.2	9.6	75.2
Finlândia	41265.5	5.472	16.4	11.9	71.7
Itália	36195.5	60.796	13.8	9.8	76.4
Reino Unido	40902.7	64.875	17.7	12.6	69.7
Suécia	46973.6	9.747	17.3	12.3	70.4
Portugal	29774.8	10.375	14.4	10.7	74.9

Em relação à despesa pública em saúde oral, conforme apresentado na tabela 8, o Reino Unido é o país que se destaca em termos de valor alocado a este tipo de cuidados, com 4.343 mil milhões de euros, inversamente, a Espanha é o país que apresenta menor valor, com apenas 123 milhões de euros. Na despesa total em saúde oral, verifica-se que a Itália é o país que mais despendeu neste tipo de cuidados, num total de 15 mil milhões de euros, contrariamente a Portugal, que foi o país que apresentou menor despesa neste sector, com apenas 750 milhões de euros.

Tabela 8. Despesa pública e despesa total em saúde oral, por país, para os anos correspondentes (Anell, *et al.*, 2012; Kravitz e Bullock, 2015; Matveinen e Knape, 2016; Patel, 2012)

<b>País</b>	<b>Despesa pública em saúde oral (milhões €)</b>	<b>Despesa total em saúde oral (milhões €)</b>
Dinamarca (2012)	413	890
Espanha (2012)	123 <sup>(1)</sup>	4720
Finlândia (2013)	459	1066
Itália (2003)	500	15000
Reino Unido (2012)	4343 <sup>(1)</sup>	9650
Suécia (2009)	1048	2586
Portugal (2012)	450 <sup>(1)</sup>	750

<sup>(1)</sup> Despesa pública calculada em função da despesa total e da percentagem de despesa privada em saúde oral.

Para os vários países em análise, por observação da figura 6, verifica-se que a despesa em saúde em percentagem do PIB apresenta valores que oscilam entre 8.5% e 11%, sendo que o Reino Unido é o país com menor valor e a Suécia o país com maior valor. Portugal alocou à saúde 9.1% do PIB, em 2013, um valor que tem mantido uma tendência decrescente nos últimos anos.

Relativamente à despesa em saúde oral, o país que apresenta menor despesa em percentagem do PIB é a Dinamarca, com 0.33%, e Espanha, Portugal e Finlândia, com 0.4% de despesa em saúde oral. Contrariamente, a Itália é o país que se destaca em termos de maior percentagem do PIB alocado à saúde oral, com um valor de 0.82%.

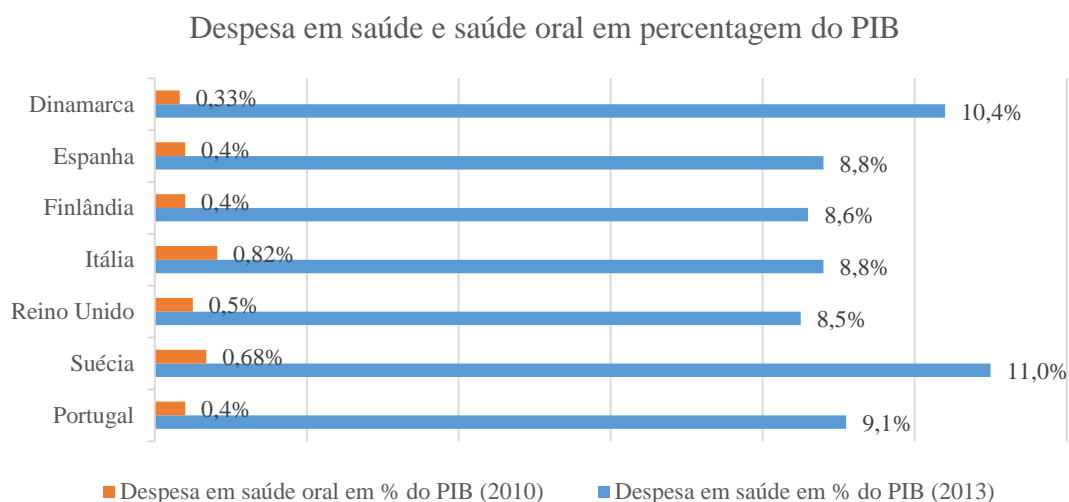


Figura 6. Despesa em saúde e saúde oral em percentagem do PIB, por país (CECDO, 2012; OECD, 2015).

A despesa privada em saúde oral corresponde aos pagamentos diretos realizados pela população, devido à utilização dos cuidados de saúde oral que não são publicamente financiados. Neste sentido, por observação da figura 7, os países que implicam uma maior despesa privada em saúde oral são a Espanha (97.4%) e a Itália (95%), enquanto que Portugal (40%) é o país com menor despesa privada neste tipo de cuidados.

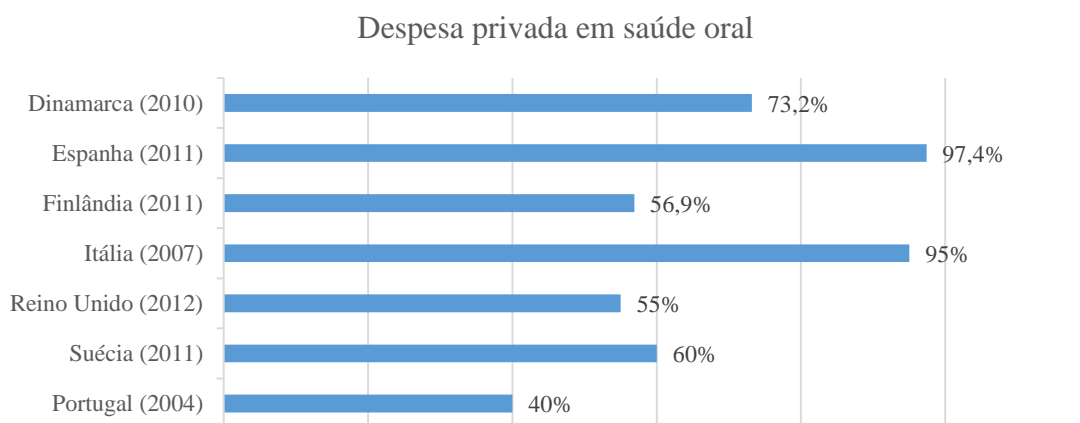


Figura 7. Percentagem de despesa privada em saúde oral, por país, nos anos correspondentes (Kravitz e Bullock, 2015; OECD, 2013).

Relativamente aos recursos humanos, o rácio de Dentistas no ativo relativamente à população é superior para os países que apresentam um menor número destes profissionais, em função do número total de habitantes. Assim sendo, através da análise da figura 8, confirma-se que o Reino Unido é o país com maior rácio, onde existe um Dentista por 1936 habitantes, seguida a Espanha com um rácio de 1623. Os restantes

países apresentam rácios com valores mais baixos, variando entre 1086 no caso da Dinamarca e 1300 no caso da Itália.

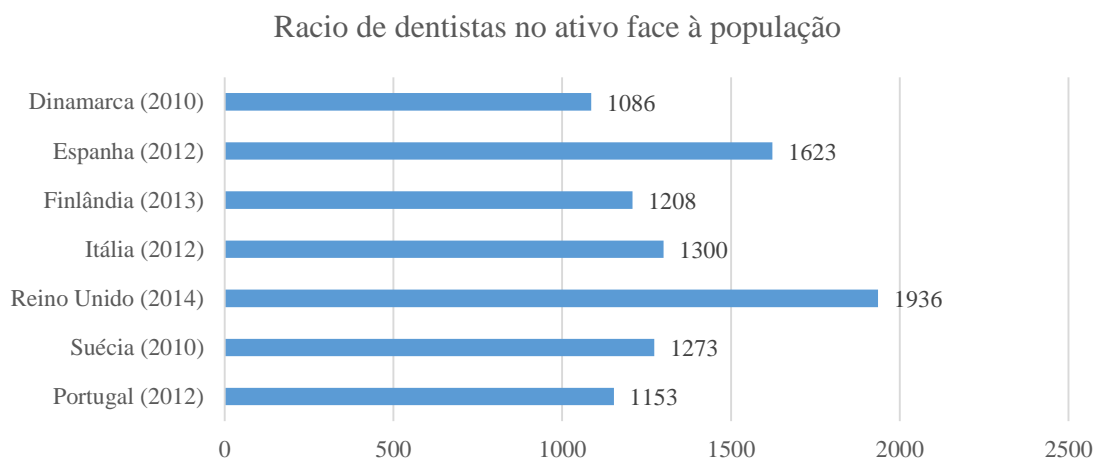


Figura 8. Rácio de Dentistas no ativo face à população, por país, no ano correspondente (Kravitz e Bullock, 2015).

Em relação a outros profissionais de saúde oral, com base na figura 9, todos os países com exceção de Portugal, apresentam Higienistas Orais, Técnicos de Prótese Dentária e Assistentes Dentários, na prática de cuidados de saúde oral. Portugal apenas divulga os números relativos aos Higienistas Orais e Técnicos de Prótese Dentária.

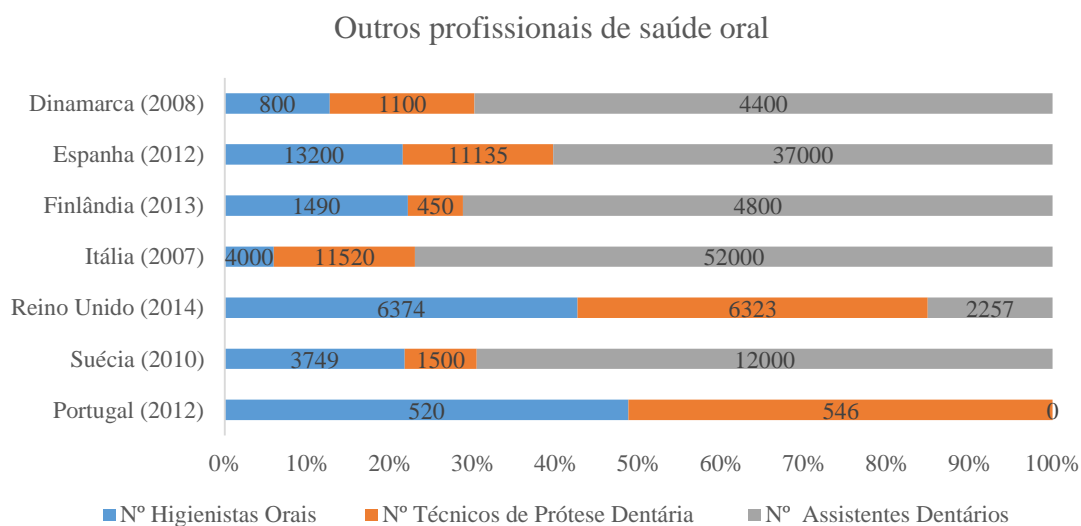


Figura 9. Número de outros profissionais de saúde oral, por país, no ano correspondente (Kravitz e Bullock, 2015).

Com exceção do Reino Unido, todos os países apresentam um maior número de Assistentes Dentários, face aos outros dois grupos de profissionais. Seguidamente, os Técnicos de Prótese Dentária são os profissionais que se apresentam em maior número

na Dinamarca, Itália, Reino Unido e Portugal, contrariamente à Espanha, Finlândia e Suécia que apresentam maior número de Higienistas Orais.

Ao interpretar a figura 10 é possível constatar que em dois países, Espanha e Portugal, menos de metade da população visitou o Dentista no último ano. Por sua vez, a Dinamarca e a Suécia são os países que apresentam maior população a visitar o Dentista nos últimos 12 meses, com 78% e 71%, respectivamente.

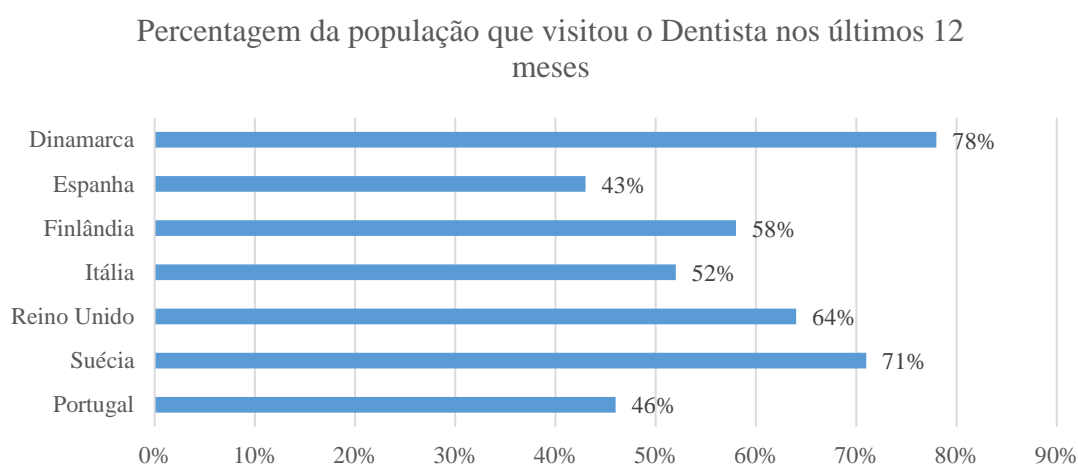


Figura 10. Percentagem da população que visitou um Dentista nos últimos 12 meses, por país (Eurobarometer, 2010)

Conforme enunciado ao longo do estudo, para apurar os custos de implementação de um sistema de saúde oral no SNS português é necessário, primeiramente, determinar o país que apresenta as políticas públicas mais próximas daquilo que se pretende, ou seja, o país padrão que servirá de base à implementação do sistema.

Assim sendo, de acordo com a informação apresentada anteriormente, em termos de sistemas de saúde oral, é possível constatar que na maioria dos países analisados, os cuidados de saúde oral destinados à população mais jovem (até aos 18 anos de idade) são fornecidos pelo SNS de forma gratuita. Este sistema é comum aos países nórdicos (Dinamarca, Finlândia e Suécia) e ao Reino Unido, sendo que em alguns existem ainda outros grupos minoritários que também usufruem de cuidados gratuitos.

Relativamente à população adulta, não existe um padrão em termos de oferta pública dos cuidados de saúde oral. Os países nórdicos e o Reino Unido são os que fornecem este tipo de cuidados de forma mais semelhante em termos de oferta e acesso: cuidados de saúde oral gerais e de prevenção, com base em subsídios ou co-pagamentos. No entanto, o Reino

Unido estabelece os co-pagamentos mediante o nível dos cuidados fornecidos, sendo que variam em termos de região.

Numa perspetiva meramente relacionada com os cuidados de saúde oral fornecidos à população, verifica-se que, face aos restantes países, a Espanha e a Itália, são os que oferecem menor acesso aos cuidados de saúde e por isso não são o melhor exemplo a utilizar na idealização do sistema de saúde oral português. Além disso, numa perspetiva económica, verifica-se que a Dinamarca e a Suécia são os países que apresentam níveis de despesa em saúde em percentagem do PIB mais elevados, que se traduzem em padrões de consumo incompatíveis com os de Portugal.

Neste sentido, a Finlândia e o Reino Unido apresentam valores de despesa em saúde em percentagem do PIB inferiores aos de Portugal, onde o sistema de saúde oral já está implementado. Comparando a Finlândia e o Reino Unido em termos populacionais, a Finlândia apresenta um número de habitantes mais próximo da realidade portuguesa, sendo que o mercado do Reino Unido é dificilmente comparável com o de Portugal. Além disso, relativamente às faixas etárias com interesse para o estudo, a Finlândia apresenta números mais próximos de Portugal, comparativamente ao Reino Unido.

Em suma, com base no objetivo do presente estudo, qualquer um dos sistemas de saúde oral poderia ser aplicado no SNS português. Porém, tendo em conta as perspetivas analisadas anteriormente, o sistema de saúde oral da Finlândia é o que melhor se enquadra no cenário português.

## **5.2. Custos de Implementação do Sistema de Saúde Oral no SNS Português**

Para apurar os custos de implementação do sistema de saúde oral no SNS português, foi tido como base o sistema de saúde oral da Finlândia.

Na Finlândia, a prestação de cuidados de saúde oral pública é fornecida pelos municípios, através da rede de CSP, existindo também a possibilidade de recorrer aos prestadores privados, onde posteriormente o reembolso dos custos é realizado por parte do KELA, conforme enunciado na secção 4.1.

Na análise que se segue, foi apenas tido em conta a parte do sistema de saúde oral da Finlândia publicamente financiado pelo Estado e pelos municípios, uma vez que a colaboração com os prestadores privados está associada ao seguro social de saúde, que

implica o financiamento através de contribuições. Ainda acrescido o interesse e o objetivo de aumentar a cobertura pública nos cuidados de saúde oral através da prestação pública por parte do SNS, conforme demonstrado nos últimos programas desenvolvidos no âmbito da saúde oral em Portugal.

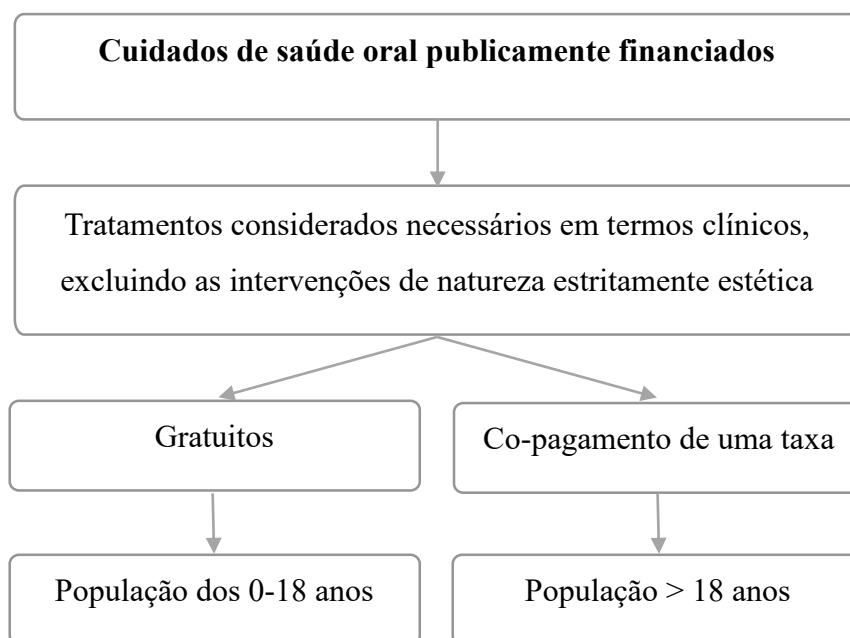


Figura 11. Idealização do sistema de saúde oral para integrar no SNS português.

À semelhança do sistema de saúde oral da Finlândia, a idealização do sistema de saúde oral português admite o acesso a cuidados de saúde oral gratuitos para as crianças e jovens até aos 18 anos, bem como o acesso à restante população através de um co-pagamento de uma taxa associada à prestação do serviço (figura 11), com a finalidade de garantir o acesso equitativo e universal a este tipo de cuidados. Os tratamentos incluídos regem-se pelo estabelecido no Despacho n.º 8591-B/2016 – Diário da República n.º 125/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-07-01 (Araújo, 2016).

A rede de cuidados de saúde oral teria por base dois níveis de cuidados: o primeiro, através dos cuidados de proximidade, prestados pela rede de CSP; o segundo, através dos cuidados diferenciados, prestados ao nível da rede hospitalar. O primeiro nível implica cuidados de saúde oral ao nível de diagnóstico, tratamento, instrução e motivação oral e ainda cuidados agudos. Já o segundo nível consiste no sistema existente em Portugal, onde os indivíduos são encaminhados através de um sistema de referência (Lourenço e Barros, 2016).

A abordagem do presente estudo foi direcionada apenas aos CSP porque, para além destes constituem a base do SNS, em Portugal é a área onde existe maior carência de cuidados de saúde oral, visto que os únicos cuidados prestados neste âmbito estão concentrados no PNPSO. Assim sendo, os cuidados fornecidos na rede hospitalar não têm qualquer impacto ou influência na análise apresentada de seguida.

Conforme indicado na tabela 9, a despesa pública em cuidados de saúde oral na Finlândia foi cerca de 460 milhões de euros, correspondendo a 43% da despesa total neste tipo de cuidados. Destes, 326.9 milhões de euros foram financiados pelo Estado e pelos municípios.

Tabela 9. Despesa em saúde oral na Finlândia, por fonte de financiamento, em 2013 (Matveinen e Knappe, 2016).

	Financiamento público (milhões €)	Estado e municípios (milhões €)	KELA (milhões €)	
Cuidados de saúde oral	459.4 (43.1%)	326.9 (30.7%)	132.4 (12.4%)	
Cuidados nos CSP	284.5	284.5	-	
Cuidados privados (sem reembolso do KELA)	37.9	37.9	-	
Cuidados privados reembolsados pelo KELA	125.6	-	125.6	
Cuidados pelo YTHS e Forças Armadas	11.4	4.5	6.9	
	Financiamento privado (milhões €)	Fundos de ajuda (milhões €)	Famílias (milhões €)	OSFL (milhões €)
Cuidados de saúde oral	606.9 (56.9%)	10.2 (0.96%)	596.6 (55.9%)	0.1 (0.01%)
Cuidados nos CSP	107.0	-	107.0	-
Cuidados privados (sem reembolso do KELA)	114.7	-	114.7	-
Cuidados privados reembolsados pelo KELA	304.5	10.2	294.4	-
Cuidados pelo YTHS e Forças Armadas	2.3	-	2.1	0.1
Próteses dentárias	78.3	-	78.3	-
YTHS: Student Health Foundation; OSFL: Organizações sem fins lucrativos ao serviço das famílias.				



A despesa associada aos recursos humanos na Finlândia, na área dos cuidados de saúde oral, não é conhecida. Contudo, através da análise do número de funcionários da administração pública e da despesa anual relativa a estes funcionários, tanto na Finlândia como em Portugal, foi possível estimar o salário médio anual da função pública e perceber a diferença entre ambos os países. Neste sentido, tendo em conta o número de profissionais de saúde oral a desempenhar funções nos CSP da Finlândia, foi possível realizar a correção salarial em termos de despesa com estes funcionários, relativamente a Portugal.

Ou seja, conforme indicado na tabela 10, existem 5290 profissionais de saúde oral a exercer no âmbito dos cuidados de saúde oral na rede de CSP na Finlândia, dos quais, 2040 são Dentistas, 650 são Higienistas Orais e 2600 são Assistentes Dentários. Perante a diferença média anual dos salários dos funcionários da administração pública, no valor de 7778.3 euros (ver secção 3), a correção salarial da Finlândia relativamente a Portugal é de 41.15 milhões de euros.

Tabela 10. Número de profissionais de saúde oral a desempenhar funções na rede de CSP na Finlândia, em 2005 (Vuorenkoski, 2008).

<b>Profissionais de saúde oral</b>	<b>Nº Profissionais</b>
Dentistas	2040
Higienistas Orais	650
Assistentes Dentários	2600
<b>Total</b>	<b>5290</b>

Neste sentido, com o objetivo de estimar os custos de implementação de um sistema de saúde oral no SNS português, com base no sistema da Finlândia (parte do sistema de saúde oral publicamente financiado pelo Estado e pelos municípios), foram utilizados os dados relativos à despesa pública em cuidados de saúde oral financiada pelo Estado e pelos municípios, bem como a correção salarial demonstrada anteriormente, para determinar o custo *per capita* em cuidados de saúde oral, ajustado à realidade portuguesa.

À despesa pública em cuidados de saúde oral financiada pelo Estado e pelos municípios, 326.9 milhões de euros, foi retirado o valor da correção salarial entre a Finlândia e Portugal, no valor de 41.15 milhões de euros, perfazendo um total de 285.75 milhões de

euros. Este valor foi dividido pelo número habitantes na Finlândia, 5.472 milhões de habitantes, o que resultou num custo *per capita* de 52.22 euros, relativo aos cuidados de saúde oral.

Tabela 11. Custo de implementação de um sistema de saúde oral no SNS português, com base no sistema da Finlândia.

Despesa pública na Finlândia em cuidados de saúde oral financiada pelo Estado e municípios	Correcção salarial	<b>Custo <i>per capita</i> em cuidados de saúde oral</b>	<b>Custos de implementação de um sistema de saúde oral no SNS português</b>
326.9 milhões €	41.15 milhões €	<b>52.22 €</b>	<b>542 milhões €</b>

Uma vez que os custos associados à prestação de cuidados de saúde oral são semelhantes em ambos os países, à exceção da despesa relacionada com os recursos humanos que já foi anteriormente corrigida, pode-se considerar que, ao implementar um sistema de saúde oral no SNS português, o custo *per capita* associado aos cuidados prestados é de 52.22 euros. Generalizando para toda a população portuguesa, a implementação do sistema implica uma despesa de aproximadamente 542 milhões de euros, ao Estado português, conforme indicado na tabela 11.

Ainda assim, é necessário ter em atenção os custos adjacentes a este projeto, nomeadamente os custos operacionais e os custos diretos e indiretos para a sociedade.

Relativamente aos custos operacionais, para estimar os mesmos, foi necessário determinar o número de gabinetes necessários para a prestação de cuidados de saúde oral, por forma a englobar toda a população. Assumindo que cada gabinete está associado a um Dentista, o número de Dentistas necessários é igual ao número de gabinetes. Neste contexto, e de acordo com o rácio médio de habitantes por cada Dentista na Europa, estimou-se serem necessários aproximadamente 6900 Dentistas, correspondendo assim a 6900 gabinetes distribuídos ao longo do país (ver secção 3). Porém, mediante as RRAS, foi possível avaliar o número de Dentistas e gabinetes necessários em cada região, conforme a densidade populacional estabelecida (tabela 12).

Tabela 12. Número de Dentistas e gabinetes necessários por região e taxa de utilização.

RRAS (ERS, 2009)	População (milhares)	Área (km <sup>2</sup> )	Densidade Populacional	Nº Dentistas/Gabinetes necessários Taxa de utilização:			
				100%	75%	50%	25%
Aveiro	396.704	1802	220	228	171	114	57
Beja	89.692	5647	16	17	12	8	4
Braga	407.558	1246	327	339	254	170	85
Bragança	57.284	2837	20	21	16	10	5
Caldas da Rainha	356.296	2220	160	166	124	83	41
Castelo Branco	75.282	3748	20	21	16	10	5
Chaves	81.321	2267	36	37	28	19	9
Coimbra	335.532	2063	163	169	127	85	42
Coruche	67.941	1881	36	37	28	19	9
Covilhã	92.160	1375	67	69	52	35	17
Elvas	68.376	2275	30	31	23	16	8
Entroncamento	230.980	2306	100	104	78	52	26
Évora	86.675	3135	28	29	22	15	7
Faro	229.374	2794	82	85	64	43	21
Felgueiras	559.406	2620	214	222	166	111	55
Guarda	112.114	4063	28	29	22	15	7
Guimarães	521.749	1221	427	443	332	221	111
Leiria	263.848	1744	151	157	117	78	39
Lisboa	2012.925	1376	1.463	1517	1138	758	379
Lousã	137.840	2617	53	55	41	27	14
Mirandela	95.338	4159	23	24	18	12	6
Montemor-o-Novo	43.391	2583	17	18	13	9	4
Moura	37.502	2511	15	16	12	8	4
Odemira	31.419	2384	13	13	10	7	3
Ponte de Sôr	39.298	2630	15	16	12	8	4
Portalegre	50.292	2576	20	21	16	10	5
Portimão	187.473	2202	85	88	66	44	22
Porto	1276.575	814	1.567	1625	1219	812	406
Santarém	179.861	2394	75	78	58	39	19
São João da Madeira	285.464	862	331	343	257	172	86

Seia	48.548	868	56	58	44	29	15
Sertã	42.125	1905	22	23	17	11	6
Setúbal	766.172	1559	491	509	382	255	127
Sines	71.524	3535	20	21	16	10	5
Viana do Castelo	252.272	2218	114	118	89	59	30
Vila Real	200.824	3016	67	69	52	35	17
Viseu	291.019	3489	83	86	65	43	22
<b>Total</b>				<b>6900</b>	<b>5175</b>	<b>3450</b>	<b>1725</b>

Analisando os valores em termos de taxa de utilização e, assumindo uma taxa de utilização hipotética de 50%<sup>13</sup>, verifica-se que apenas com 3450 gabinetes é possível oferecer cuidados de saúde oral à população, no âmbito do SNS.

Em termos de regiões, notoriamente as regiões de Porto e Lisboa são as que implicam um maior número de gabinetes e profissionais de saúde oral, face à população residente. Para se conseguir fornecer cuidados de saúde oral a todos os residentes da zona do Porto e Lisboa seriam necessários cerca de 1625 e 1517 gabinetes, respetivamente. Contrariamente, as regiões do sul do país são as que apresentam um menor número de gabinetes necessários, ainda que a área geográfica atribuída seja significativamente superior aos 2000 km<sup>2</sup> estabelecidos.

Os custos operacionais associados a este projeto são elevados face à natureza dos equipamentos e materiais clínicos e ainda devido ao elevado número de gabinetes necessários. Os custos de implementação de um gabinete de prestação de cuidados de saúde oral são estimados em 55.2 mil euros, conforme indicado na tabela 3, que inclui os custos dos equipamentos básicos de sala e arrumação, dos equipamentos técnicos, dos equipamentos informáticos e ainda de algum material dentário básico (ver secção 3). A operacionalização dos vários gabinetes necessários para assegurar a cobertura universal representa um custo de mais de 380 milhões de euros, sendo que para uma taxa de utilização hipotética de 50%, o valor reduz para metade, 190 milhões de euros, conforme indicado na tabela 13.

<sup>13</sup> Taxa de utilização utilizada por Lourenço e Barros (2016), na estimativa do impacto financeiro da aplicação do regime convencionado e do regime livre da ADSE, por parte do SNS.

Tabela 13. Custo estimado associado à operacionalização dos gabinetes de prestação de cuidados de saúde oral.

		Taxa de utilização			
	Unitário	100%	75%	50%	25%
<b>Custo estimado</b>	<b>55.2 mil €</b>	<b>380.5 milhões €</b>	<b>285.4 milhões €</b>	<b>190.3 milhões €</b>	<b>95.1 milhões €</b>

Relativamente aos custos para a sociedade de forma indireta, apresentam-se o custo oportunidade do tempo despendido nas deslocações, os custos de morbilidade e produtividade, entre outros custos intangíveis. Como custos diretos para a sociedade estão incluídos os custos de transporte associados à deslocação dos indivíduos até ao local de prestação dos cuidados de saúde oral, bem como os co-pagamentos estabelecidos no SNS como taxas moderadoras.

À semelhança do que está implementado na Finlândia e daquilo que já é praticado em Portugal, o acesso a cuidados de saúde oral implica um co-pagamento para a população com idade superior a 18 anos. No sistema de saúde oral da Finlândia foi estipulada uma taxa de valor máximo de 7 euros para o acesso a este tipo de cuidados (Vuorenkoski, 2008). Em Portugal, considerando o acesso a este tipo de cuidados como uma consulta de especialidade, o valor fixado como taxa moderadora é de 7 euros, sendo que é um valor que constitui receita do SNS (Centeno e Fernandes, 2016).

Em Portugal, as unidades funcionais integradas na rede de CSP, mais especificamente nos ACES, com competência para prestarem serviços de cuidados de saúde oral são as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), conforme indicado nas competências enumeradas no artigo 14º do Decreto-Lei nº 28/2008 (ACSS, 2016a). Existem também as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) que podem participar nos cuidados direcionados à saúde oral, nomeadamente em termos preventivos e de promoção da saúde oral, junto da comunidade, através de programas já instituídos (ACSS, 2016b). Todavia, face ao elevado número de gabinetes e profissionais necessários para garantir cobertura universal neste tipo de cuidados, todas as unidades funcionais integradas nos ACES terão de estar envolvidas neste projeto.

Segundo Lourenço, *et al.* (2016), a integração de um sistema de saúde oral no SNS português passará pela constituição de Unidades de Saúde Oral (USO), nos ACES, através do exercício de Médicos Dentista, Higienistas Orais e Assistentes Dentários. Os serviços prestados incluem cuidados de saúde oral, bem como promoção da mesma, e excluem as próteses estomatológicas e dentárias, apesar de ser relevante manter o apoio dos BAS neste tipo de cuidados, à população com menor capacidade financeira (Lourenço e Barros, 2016).

### **5.3. Impacto no Estado de Saúde da População Portuguesa**

O objetivo primordial de um sistema de saúde é contribuir para um bom estado de saúde da população. Para tal, é necessário melhorar o nível médio de saúde da população, mas também procurar reduzir as desigualdades, melhorando a saúde dos grupos populacionais mais desfavorecidos. Um dos pontos de partida da avaliação do sistema de saúde oral é verificar as necessidades não satisfeitas nesta área da saúde e analisar o seu reflexo no estado de saúde oral da população.

Existem vários indicadores que permitem analisar e determinar o estado de saúde oral da população, nomeadamente, a prevalência e a gravidade da cárie dentária, a saúde periodontal, a percentagem de indivíduos com dentição natural total, a percentagem de população com mais de 65 anos de idade sem dentes e ainda a incidência de cancro oral e do lábio (Lourenço e Barros, 2016).

A prevalência e a gravidade da cárie dentária é traduzida pelo índice que mede o número de dentes com cárie dentária, perdidos e obturados, isto é, cpod na dentição decídua e CPOD na dentição permanente. Através da análise da tabela 14 é possível verificar que todos os indicadores têm sofrido uma evolução positiva desde 2000, sendo que em 2013, o indicador CPOD aos 12 anos, atingiu o limite estabelecido pela WHO (inferior a 1.5). Da mesma forma, nas crianças com 6 anos de idade, o índice de dentição livre de cáries dentárias também teve uma evolução positivamente nos últimos anos, passando de 33% em 2000 para 54% em 2013.

A saúde periodontal é medida através do índice periodontal que verifica o estado de saúde das gengivas e dos tecidos de suporte dentários, sendo que a aplicação de selantes permite proteger os dentes, de forma complementar. Ao analisar a tabela 15 é possível constatar

que entre 2006 e 2013 ambos os indicadores tiveram uma evolução positiva, nomeadamente no que respeita à percentagem de jovens com gengivas saudáveis.

Tabela 14. Indicadores de saúde oral: cpod, CPOD e livre de cáries (DGS, 2015).

<b>Indicador</b>	<b>Idade</b>	<b>2000</b>	<b>2006</b>	<b>2013</b>
<b>cpod</b>	6 anos	3.56	2.1	1.62
	12 anos	2.95	1.48	1.18
<b>CPOD</b>	15 anos	4.72	3.04	-
	18 anos	-	-	2.51
<b>Livre de cáries</b>	6 anos	33%	51%	54%

Tabela 15. Indicadores de saúde oral: saúde periodontal e aplicação de selantes (DGS, 2015).

<b>Indicador</b>	<b>Idade</b>	<b>2006</b>	<b>2013</b>
<b>Jovens com gengivas saudáveis</b>	12 anos	29.1%	51.8%
	15 anos	22%	-
	18 anos	-	41.8%
<b>Jovens com pelo menos 1 selante de fissura aplicado em dentes permanentes</b>	12 anos	38.1%	55.2%
	15 anos	19.8%	-
	18 anos	-	29.3%

Estes resultados parecem estar associados à redução dos níveis de doença (oral e outras) e também ao aumento dos programas desenvolvidos pelo SNS no âmbito da saúde oral, nomeadamente o PNPSO. A introdução do PNPSO em 2005 e o aumento da abrangência da população por parte do mesmo, tem vindo a promover a saúde oral em Portugal, justificando a evolução positiva dos vários indicadores entre 2006 e 2013.

Relativamente à dentição natural total, conforme já indicado na secção 2.2, apenas 32% da população portuguesa afirmar manter todos os dentes naturais, no ano de 2009. Comparativamente, na Finlândia mais de metade da população (53%) apresenta dentição natural completa (Eurobarometer, 2010). A Finlândia apresenta um valor significativamente melhor que o de Portugal, que se traduz num sistema de saúde oral

mais eficiente, abrangente e equitativo. É de salientar que o valor apresentado é posterior à reforma dos cuidados de saúde oral na Finlândia em 2001-2002 (ver secção 6), que desde então todos os cidadãos passaram a ter acesso a cuidados de saúde oral publicamente financiados.

A percentagem da população com mais de 65 anos que apresenta desdentição total também é um indicador que permite avaliar o estado de saúde oral, uma vez que a desdentição tem um elevado impacto ao nível da fala, mastigação, nutrição, qualidade de vida e ainda vida social. Segundo o “*III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*”, em 2015, a percentagem estimada de desdentados totais com idade compreendida entre os 65 e os 74 anos é de 14.4%, sendo que 18% são indivíduos do sexo feminino e 9.5% indivíduos do sexo masculino (Calado, *et al.*, 2015). Face aos dados relativos a 2005/2006, este indicador teve uma evolução positiva, uma vez que caiu quase para metade a percentagem de desdentados totais com mais de 65 anos de idade (Lourenço e Barros, 2016).

Este indicador parece estar diretamente relacionado com o número de visitas ao Dentista nos últimos 12 meses. Conforme indicado na tabela 16, à medida que o grupo etário aumenta, menor é a percentagem da população que visitou o Dentista no último ano. Existe ainda uma minoria da população que afirma nunca ter visitado um profissional de saúde oral: 1.8% no grupo etário com idades compreendidas entre 35 e 44 anos e 1.3% no grupo etário com idades compreendidas entre 65 e 74 anos (Calado, *et al.*, 2015).

Tabela 16. Percentagem da população que visitou um Dentista nos últimos 12 meses, nos grupos etários apresentados (Calado, *et al.*, 2015).

<b>Grupo etário</b>	<b>% da população que visitou um Dentista nos últimos 12 meses</b>
15 anos	70.2%
18 anos	59%
35-44 anos	54.7%
65-74 anos	40.6%

Ainda em relação ao “*III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*”, o grupo etário com idade compreendida entre os 65 e os 74 anos evidência dificuldade em comer



devido a problemas orais em 43.2% da população, bem como 44.1% dos indivíduos pertencentes ao mesmo grupo etário afirmam ter dificuldade em mastigar devido a problemas orais (Calado, *et al.*, 2015).

Atualmente, através da emissão dos cheques-dentista no âmbito do PNPSO, foi possível contemplar mais de 5000 idosos, um número que se encontra muito aquém dos potenciais utilizadores deste programa. Por isso, é importante dar a conhecer a este grupo populacional o programa em vigor, por forma reduzir os números supracitados (Lourenço e Barros, 2016).

Por fim, a elevada taxa de incidência de cancro oral está associada a baixos níveis de sobrevivência que, frequentemente, estão associados a diagnósticos tardios. Portugal é o segundo país europeu e o décimo país a nível mundial com maior taxa de incidência de cancro oral e do lábio. A situação no sexo masculino é preocupante uma vez que a Hungria é o único país da Europa que apresenta uma taxa de incidência superior à de Portugal. Em comparação com a Finlândia, a taxa de incidência deste cancro é consideravelmente menor, excluindo-a do grupo dos vinte países europeus com valores mais elevados. Apesar da taxa de incidência ser superior no sexo masculino, a diferença entre ambos os sexos não é tão significativa como em Portugal (IARC, 2012).

Numa fase inicial da doença, devido à sua natureza indolor e aos sintomas pouco evidentes, os doentes raramente procuram ajuda e, conseqüentemente, a doença é diagnosticada em estadios avançados. O facto de em Portugal não existir um sistema de saúde oral público agrava a situação de diagnóstico tardio e por isso, diminui a probabilidade de sobrevivência. Contudo, com a introdução da intervenção precoce no cancro oral no PNPSO são esperados resultados positivos em termos de deteção inicial da doença, aumentando assim as taxas de cura.

Em 2014 foram emitidos mais de 2700 cheques-dentista no âmbito da intervenção precoce do cancro oral. Destes, apenas cerca de 15% foram cheque-biópsia e os restantes cheque-diagnóstico. A taxa de utilização do cheque-biópsia é consideravelmente superior à do cheque-diagnóstico, com aproximadamente 82% e 26% de utilização, respetivamente. Dos vários cheque-biópsia utilizados menos de 10% deram resultado positivo para cancro oral (Ministério da Saúde, 2015).

A evolução do conceito de saúde oral e a determinação dos indicadores de saúde neste setor têm contribuído para a delineação de estratégias eficazes na atuação dos programas de promoção da saúde. Desde o início dos anos 90, têm sido definidas orientações técnicas no âmbito da saúde oral, especialmente dirigidas às crianças e jovens, com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde oral da população.

Comparando os indicadores de saúde oral em Portugal atualmente com os de há 20 anos atrás, é possível verificar que os ganhos em saúde são evidentes. A percentagem de crianças livres de cárie dentária aos 6 anos passou de 10% em 1986 para 51% em 2006 e, mais recentemente, em 2013, para 54%. Da mesma forma, o índice CPOD aos 12 anos passou de 3.97 em 1986 para 1.48 em 2006 (DGS, 2008).

Acredita-se que com o alargamento do PNPSO os números associados às doenças orais vão diminuir. No entanto, é importante relembrar que a margem de melhoria também está dependente de estratégias que promovam a higiene oral adequada, numa perspetiva de prevenção, e o acesso a cuidados de saúde oral. As questões económicas e financeiras continuam a ser uma das principais barreiras no acesso aos cuidados de saúde oral, daí a importância de um sistema de saúde oral publicamente financiado, universal e equitativo.

## **6. Discussão dos Resultados**

O presente estudo tem como objetivo elaborar uma análise e estimativa dos custos que traduza o impacto da introdução de um sistema de saúde oral no SNS português. Para tal, foi necessário apurar os custos de implementação do mesmo e analisar o seu impacto no estado de saúde da população portuguesa. Neste sentido, no presente capítulo é apresentada uma análise e reflexão dos resultados obtidos, fundamentando os mesmos, sempre que possível, com hipóteses apresentadas por vários autores nesta área de investigação.

Relativamente aos sistemas de saúde oral, a maior parte dos países europeus tem como principal prestador deste tipo de cuidados o setor privado, onde o acesso por parte da população pode ser limitado por fatores principalmente económicos. Os cuidados publicamente oferecidos, no contexto do SNS, são maioritariamente oferecidos a determinados grupos da população, considerados prioritários, limitando assim o acesso à restante população.

Segundo Tomar e Cohen (2010), um sistema de cuidados de saúde oral ideal teria de ter vários atributos, nomeadamente, estar integrado com o restante sistema de saúde, dar ênfase à promoção da saúde e prevenção das doenças, monitorizar o estado de saúde oral da população e as suas necessidades, ser eficaz, custo-efetivo e sustentável, ser equitativo, universal, compreensivo, ético e ser capaz de criar condições favoráveis à saúde da população. Apesar de ser possível, implementar um sistema de saúde oral com estas características, implicaria uma enorme exigência e empenho por parte do Governo, dos profissionais de saúde e também da população (Tomar e Cohen, 2010).

Em Portugal, existe claramente uma falha no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde oral publicamente financiados. Contrariamente, nos países nórdicos e no Reino Unido, o sistema público de prestação de cuidados de saúde oral é abrangente, permitindo oferecer este tipo de cuidados a toda a população. A população mais jovem, até aos 18 anos de idade e, no caso da Suécia até aos 20 anos, podem usufruir de cuidados de saúde oral fornecidos pelo SNS de forma gratuita. Já a população adulta, apesar de também ter acesso aos cuidados de saúde oral publicamente financiados, geralmente têm co-pagamentos associado à utilização. No caso da Finlândia e do Reino Unido são fixadas taxas, enquanto na Dinamarca e na Suécia são atribuídos subsídios.

Os princípios deste tipo de sistema assentam no acesso equitativo aos cuidados de saúde oral, através da rede de CSP, baseado na prestação de forma eficiente e na evidência científica. Quando os municípios não conseguem dar capacidade de resposta às necessidades da população, existe intervenção do setor privado, através de acordos estabelecidos com o SNS.

Por sua vez, o sistema de saúde oral da Espanha e da Itália demonstram um acesso muito limitado e restrito a estes cuidados, onde os utilizadores recorrem ao setor privado, implicando pagamentos diretos dos custos totais por parte da população. Este tipo de sistema resulta, por isso, numa elevada percentagem de despesa privada em cuidados de saúde oral, como é o caso dos valores apresentados por Espanha e Itália de 97.4% e 95%, respetivamente.

A percentagem de população que visitou o Dentista nos últimos 12 meses também permite constatar a diferença entre os vários sistemas de saúde oral. Conforme indicado, a Espanha e a Itália são os países incluídos no presente estudo que apresentam o sistema de saúde oral menos abrangente e por isso, apresentam uma elevada despesa privada neste setor. Por esta razão, é de esperar que a percentagem de população a visitar o Dentista seja menor, face aos restantes países, que apresentam um sistema mais abrangente e equitativo. De facto, com exceção de Portugal, estes dois países são os que apresentam os valores mais baixos, de apenas aproximadamente 50% da população a visitar o Dentista no último ano, contrariamente à Dinamarca, onde 78% da população realizou pelo menos uma visita ao Dentista no último ano.

Em Portugal, apesar da despesa privada em saúde oral ser a mais baixa dos países em análise, verifica-se que a percentagem da população que visitou o Dentista nos últimos 12 meses é baixa (46%), que vai de encontro aos países com um sistema de saúde oral menos abrangente e mais restrito. Apesar de nos últimos anos ter-se verificado uma tendência crescente no acesso aos cuidados de saúde oral publicamente financiados, através da inclusão de vários grupos populacionais no PNPSO, uma parte considerável da população continua sem acesso a estes cuidados.

Segundo o estudo desenvolvido pela OMD, intitulado de “*Barómetro Nacional de Saúde Oral*”, em 2015, aproximadamente 72.4% da população portuguesa efetuou pagamentos diretos no momento da utilização de cuidados de saúde oral. Apenas 0.4% da população

usufruiu deste tipo de cuidados através do SNS e outros 0.4% através do PNPSO. Cerca de 11.6% da população teve acesso aos cuidados de saúde oral através de um subsistema de saúde e 7.6% através de seguros ou planos de saúde (OMD, 2015b).

A despesa total em cuidados de saúde oral foi de 750 milhões de euros em 2012, sendo que destes, 450 milhões de euros foram despesa pública. O PNPSO foi responsável por apenas 2% da despesa pública em cuidados de saúde oral, representando aproximadamente 16 milhões de euros, em 2012. Por sua vez, os BAS foram responsáveis por cerca de 220 mil euros, em 2014, associados aos reembolsos de aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis. A ADSE foi a entidade que mais despendeu em cuidados de saúde oral, apresentando uma despesa de aproximadamente 39.14 milhões de euros, em 2014. Apesar de Portugal ser o país que alocou o menor valor de despesa total em cuidados de saúde oral, quando se analisa a despesa em saúde oral em percentagem do PIB, verifica-se que Portugal é equiparado à Finlândia e à Espanha, com 0.4% do PIB alocado a este tipo de cuidados.

Ainda assim, 61% da população portuguesa indicou não ter conhecimento que o SNS disponibiliza cuidados de saúde oral. No último ano, apenas 6,9% dos portugueses recorreram ao SNS para tratamento de algum problema oral, dos quais 3% acederam aos cuidados através dos CSP e 3.9% através da rede de urgência hospitalar (OMD, 2015b).

De facto, em Portugal, é na rede dos CSP que se faz sentir a maior necessidade dos cuidados de saúde oral, nomeadamente no âmbito da higiene oral, educação alimentar, tratamento precoce de lesões dentárias, entre outras. Tendo em conta o facto da rede de CSP estar bem implantada na comunidade e ser o primeiro local de contacto para muitos, as estratégias e esforços a realizar na área da saúde oral deverão incidir nos CSP.

Conforme definido como objetivo do estudo, para apurar os custos de implementação de um sistema de saúde oral no SNS português, foi necessário encontrar o país padrão que pudesse servir de exemplo à implementação do sistema em Portugal. Qualquer um dos sistemas de saúde oral analisados poderia ser aplicado no SNS português. Contudo, analisando os vários sistemas de saúde oral, primeiramente numa abordagem relacionada com os cuidados de saúde oral prestados em contexto público, e posteriormente através de uma perspetiva económica acerca da despesa em saúde, concluiu-se que a Espanha e a Itália são os países que oferecem menor acesso aos cuidados de saúde oral públicos,

assim como a Dinamarca e a Suécia são os países que apresentam níveis de despesa em saúde em percentagem do PIB mais elevados. Por fim, em termos populacionais, a Finlândia apresentam um número de habitantes mais próximo da realidade portuguesa, sendo que o mercado do Reino Unido é dificilmente comparável com o de Portugal. Neste sentido, a Finlândia é o país que melhor se enquadra no cenário português.

Na Finlândia, a prestação de cuidados de saúde oral públicos sofreu algumas alterações durante as últimas décadas, com o objetivo de tornar o sistema equitativo em termos de acesso. Em 1972, surgiu a Lei dos Cuidados de Saúde Primários, que permitiu começar a fornecer cuidados de saúde oral a todas as crianças e jovens até aos 18 anos de idade e ainda à população adulta, em determinados grupos etários, nos municípios que disponham de recursos suficientes (Raittio, *et al.*, 2014).

Uns anos depois, em 1980, alguns grupos populacionais passaram a ter acesso a cuidados de saúde oral públicos, nomeadamente as grávidas, estudantes e marinheiros, bem como toda a população nascida até 1956. Desde 1990, os adultos nascidos até 1956 também passaram a ter acesso a cuidados de saúde oral, através do seguro social de saúde, onde parte dos custos eram subsidiados. No serviço público passaram também a estar incluídos os veteranos da Segunda Guerra Mundial, mas ainda assim, parte da população continuava excluída deste serviço (Niiranen, *et al.*, 2008).

Foi então entre 2001 e 2002 que se deu a Reforma dos Cuidados de Saúde Oral na Finlândia, onde toda a população passou a ter acesso a cuidados de saúde oral publicamente financiados, sem restrições e limites de idade. Os critérios de elegibilidade para os subsídios do seguro social de saúde também foram alargados, permitindo o acesso de toda a população (Raittio, *et al.*, 2014).

De uma forma global, Portugal tem adotado medidas para aumentar o acesso aos cuidados de saúde oral, através do alargamento do PNPSO. No entanto, grande parte da população continua a recorrer ao setor privado para usufruir deste tipo de cuidados, por ausência dos mesmos no setor público. À semelhança da Finlândia, é necessário construir uma reforma dos cuidados de saúde oral em Portugal, por forma a englobar toda a população no sistema e garantir o acesso equitativo ao mesmo. Não obstante, é necessário avaliar o impacto deste tipo de alterações, quer em termos de despesa como de utilização.

Segundo Niiranen, *et al.* (2008), a despesa total em cuidados de saúde oral na Finlândia aumentou 21% entre 2000 e 2004, refletindo-se num aumento de 19% no custo *per capita* neste cuidados. Os custos de funcionamento do serviço dentário público, incluindo os custos atribuídos às crianças e jovens, aumentaram 25%, mas o maior aumento deu-se nas despesas associadas aos custos subsidiados pelo seguro social de saúde, num total de 106%. Este aumento dos subsídios por parte do KELA permitiu reduzir os pagamentos diretos pela população em 11% (Niiranen, *et al.*, 2008).

Num outro estudo realizado na Finlândia verificou-se que a população adulta passou a prestar mais atenção à saúde oral e a visitar com mais frequência os serviços de saúde oral desde a implementação do serviço de saúde oral público, em 1970. Essa mesma tendência verificou-se após a reforma de 2001-2002, com um aumento da utilização do serviço público em deterioramento do setor privado. No entanto, é importante relembrar que a procura (neste caso dos cuidados de saúde oral) deriva da procura pelo bom estado de saúde e por isso, ao serem fornecidos cuidados de forma gratuita ou com preços mais acessíveis, a procura pelos mesmos tenderá a aumentar (Raittio, *et al.*, 2014).

Ainda no mesmo estudo, constatou-se que os indivíduos que usufruem de cuidados de saúde oral no setor privado são mais propensos a serem saudáveis e a estarem associados a classes com rendimentos mais elevados, comparativamente aos indivíduos que utilizam o serviço dentário público (Raittio, *et al.*, 2014).

De facto, a implementação de um sistema de saúde oral no SNS português acarreta uma elevada despesa. Com base no sistema de saúde oral da Finlândia, um sistema abrangente e acessível, estimou-se serem necessários aproximadamente 542 milhões de euros para implementar um sistema de saúde oral acessível e equitativo em Portugal. A este valor é necessário acrescentar os custos operacionais do projeto que, com base nas estimativas, aproximam-se dos 380 milhões de euros.

Todavia, considerando uma taxa de utilização hipotética de 50%, consegue-se uma redução significativa nos custos associados à operacionalização do projeto. Esta taxa, apesar de ser hipotética, pode representar a realidade portuguesa, uma vez que existe um elevado número de prestadores privados neste setor, que cada vez mais estão associados a seguros de saúde e cartões de desconto, traduzindo-se num co-pagamento reduzido por parte do utilizador. Mais ainda, existe um grupo significativo da população que beneficia

do subsistema de saúde ADSE, onde os preços praticados são bastante reduzidos, face ao preço de mercado.

Segundo Lourenço, *et al.* (2016), é possível reduzir o número de Dentistas necessários para tratar toda a população, uma vez que um Dentista pode estar associado até 1900 habitantes. Neste sentido, seria possível reduzir o número de gabinetes e, consequentemente, os custos operacionais em mais de 20%. Não obstante a todo este projeto, seria necessário integrar e definir a carreira profissional dos Médicos Dentistas no SNS, através de uma atividade própria (Medicina Dentária), enquanto Técnicos Superiores de Saúde (Lourenço e Barros, 2016).

Relativamente à distribuição dos Dentistas e respetivos gabinetes para prestação de cuidados de saúde oral, em conformidade com a tabela 12, verifica-se que as necessidades aproximam-se à rede de oferta privada existente, segundo o estudo realizado pela ERS (2009). Aliás, segundo o mesmo estudo, o nível de concentração do mercado privado de serviços de saúde oral é baixo na maior parte do país. Existem apenas três regiões, Portalegre, Ponte de Sôr e Moura, onde a concentração é elevada (ERS, 2009).

Em Portugal, tendo em conta o risco de empobrecimento dos doentes que procuram cuidados de saúde oral, os níveis baixos de saúde oral e as expectativas das populações, é evidente a necessidade de criar uma rede nacional de cuidados de saúde oral. A prevenção é uma prioridade neste setor e o tratamento de alta qualidade deverá ser adequado às necessidades da população atualmente. Para tal, é necessário a integração de outros níveis comunitários, com vista a oferecer uma resposta abrangente do sistema de saúde às doenças não transmissíveis (Lourenço e Barros, 2016).

Recentemente, foi desenvolvido o estudo “*Cuidados de Saúde Oral – Universalização*”, com o objetivo de analisar quatro cenários para aumentar o acesso aos cuidados de saúde oral em Portugal. Os cenários considerados foram: A) manter a situação atual; B) aumentar cobertura pública com prestação pública; C) aumentar cobertura pública com prestação privada; D) aumentar a cobertura privada (seguro) com prestação privada (Lourenço e Barros, 2016).

O cenário A) é o mais aceitável face aos constantes constrangimentos financeiros e prioridades no setor da saúde. Contudo, esta é a opção menos racional em termos de



política de saúde, uma vez que a falta de cobertura de cuidados de saúde oral está associada a uma menor saúde por parte da população, sendo mais evidente nos grupos populacionais de menores rendimentos (Lourenço e Barros, 2016).

Relativamente ao cenário B), à semelhança do presente estudo, é analisada a possibilidade de aumentar a cobertura pública, através de prestação direta por parte do SNS. Este cenário, de facto, implica um investimento direto do SNS em capacidade própria, através da aquisição de equipamentos e contratando profissionais de saúde oral, nomeadamente Médicos Dentistas. É uma possibilidade que garante o acesso universal e equitativo aos cuidados de saúde oral, no entanto, tem a desvantagem de implicar uma duplicação de investimento e capacidade global do sistema (Lourenço e Barros, 2016).

No cenário C) é considerado o desenvolvimento de acordos entre o SNS e os prestadores privados. Ou seja, o SNS assegura a proteção financeira e faz uso da prestação privada existente através da realização de contratos adequados. Neste cenário são analisados três modelos distintos (Lourenço e Barros, 2016):

- Modelo do cheque-dentista: apresenta baixos custos administrativos e a sua implementação encontra-se facilitada pela experiência já adquirida. Contudo, este modelo implica pagamentos diretos por parte do utilizador, após a utilização do cheque-dentista atribuído, que pode resultar numa barreira económica no acesso a cuidados de saúde oral;
- Modelo do setor convencionado do SNS: implementação pode ser baseada em pagamentos por procedimentos realizados e convencionados, à semelhança do regime convencionado da ADSE.
- Modelo de reembolso: pressupõe que o utilizador escolha livremente o prestador de cuidados de saúde, pague os cuidados de saúde prestados e solicite o reembolso da despesa. No entanto, este modelo é bastante complicado sob o ponto de vista administrativo, uma vez que pode originar incentivos à utilização excessiva, incluindo fraude e sobreutilização.

Este cenário implica exigência e cautela na relação entre quem financia e quem presta os cuidados de saúde oral, pelo facto de que o aumento da proteção financeira poder gerar situações de risco moral e indução da procura (Lourenço e Barros, 2016).

Por fim, o cenário D), consiste em assegurar a proteção financeira por meios de mercado privado, através de seguros, permitindo reduzir o risco financeiro das famílias. Porém, o enquadramento político e público dos últimos anos demonstra que esta opção não tem capacidade de cumprir o objetivo de criação de uma rede nacional de cuidados de saúde oral (Lourenço e Barros, 2016).

Segundo os autores, é importante considerar o desenvolvimento de uma rede nacional de cuidados de saúde oral, através do aumento da cobertura pública, que permita atenda às necessidades não satisfeitas da população, nomeadamente no campo da prevenção. É também importante eliminar as situações de risco moral e de indução de procura, inerentes a uma maior proteção financeira por parte do SNS, na utilização destes serviços (Lourenço e Barros, 2016).

Atualmente, em Portugal, está a ser desenvolvido um projeto de expansão na área dos cuidados de saúde oral, através da rede dos CSP, com cobertura do SNS, por meio de experiências piloto em unidades selecionadas, visando um aproveitamento dos recursos físicos, nomeadamente das instalações e dos equipamentos já existentes no SNS (Araújo, 2016).

Este projeto tem como base a criação das USO, de forma a criar e expandir a rede nacional de cuidados de saúde oral em Portugal. O objetivo geral do programa prende-se com o aumento do acesso aos cuidados de saúde oral por parte da população, permitindo aumentar o número de indivíduos com pelo menos uma avaliação oral anual e reduzir o número de indivíduos que relatam necessidades não satisfeitas em saúde oral (Lourenço e Barros, 2016).

Numa primeira fase, até 31 de Dezembro de 2016, é cedido o acesso a consultas de saúde oral nos CSP, no âmbito do PNPSO, aos doentes portadores de diabetes, neoplasias, patologia cardíaca ou respiratória crónica, insuficiência renal em hemodiálise ou diálise peritoneal e transplantados, que estejam inscritos nos ACES onde decorrem as experiências piloto. Numa segunda fase, em função da avaliação das necessidades não satisfeitas e dos tempos de espera, o projeto poderá ser alargado a todos os utentes inscritos nos ACES onde decorrem as experiências piloto, mediante referênciação pelo médico de família (Araújo, 2016).

Os serviços de saúde oral prestados incluem os tratamentos considerados necessários em termos clínicos, excluindo as intervenções de natureza estritamente estética. Estes mesmos cuidados estão sob incumbência das URAP dos sete ACES onde é desenvolvido o projeto, pertencentes às ARS LVT e Alentejo (Araújo, 2016).

De acordo com a WHO, a promoção da saúde oral é uma estratégia rentável para reduzir os problemas associados às doenças orais e manter um bom estado de saúde oral. Consequentemente, pelo facto da saúde oral ser parte integrante da saúde geral, um bom estado da mesma, permite melhorar a qualidade de vida da população (Petersen, 2008).

Conforme enunciado na secção 2.4, em Portugal, 18,8% da população com mais de 16 anos de idade afirma ter necessidades não satisfeitas no que respeita aos cuidados de saúde oral, um valor que se distancia muito da média da EU (7.6%). A principal razão apontada para este facto deve-se aos elevados custos associados aos cuidados de saúde oral, uma situação que é comum à maior parte dos países da UE (Eurostat, 2016a).

O grupo etário que mais evidência necessidades não satisfeitas em saúde oral é o que compreende os indivíduos com idade entre 45 e 64 anos, sendo que a população mais jovem, com idades compreendidas entre os 16 e os 44 anos, são os que relatam um menor número. Relativamente ao rendimento, o primeiro quintil é o mais afetado em termos de necessidades não satisfeitas, colocando Portugal como o segundo país da UE com o valor mais elevado. O terceiro e quinto quintil, conforme esperado, apresentam valores menores, no entanto colocam Portugal como sendo um dos países em destaque nesta análise (Eurostat, 2016a).

Comparativamente, a Finlândia apresenta números muito mais simpáticos em termos de necessidades não satisfeitas em saúde oral, com apenas 4.5% da população a reportar este tipo de situações. Destes, apenas 0.3% afirmam que as razões apontadas devem-se ao facto dos cuidados em saúde oral terem custos muito elevados. Contrariamente a Portugal, a principal razão prende-se com as elevadas listas de espera (Eurostat, 2016a). Aliás, é visível a diferença entre ambos os países, em termos de sistema de saúde oral.

De facto, as necessidades não satisfeitas em saúde oral têm impacto no estado de saúde oral e, consequentemente, no estado de saúde geral da população. Claramente, os grupos

populacionais mais desfavorecidos são os mais afetados, sendo a barreira financeira um dos principais obstáculos no acesso a este tipo de cuidados.

As implicações de um sistema de saúde oral pouco abrangente e limitativo são várias. De acordo com os dados apresentados em 4.4, a percentagem de população com dentição natural completa, em Portugal, é de apenas 32%, um dos valores mais baixos da EU-27. Da mesma forma, a elevada incidência de cancro oral e do lábio também é um dos indicadores onde Portugal tem dos piores resultados comparativamente aos restantes países da Europa.

Contudo, é possível verificar que com algum esforço por parte do sistema de saúde, é possível melhorar os resultados dos indicadores que permitem avaliar o estado de saúde oral da população. Desde a introdução do PNPSO, os níveis de cpod e CPOD melhoraram significativamente, sendo que em termos de CPOD aos 12 anos, Portugal conseguiu atingir o limite estabelecido pela WHO. Da mesma forma, o índice de dentição livre de cáries dentárias aos 6 anos de idade e o índice periodontal tiveram uma evolução positiva nos últimos anos.

Reconhecida a influência que um programa de saúde oral pode ter na população portuguesa, é necessário orientar as políticas de saúde para estratégias de promoção e prevenção em saúde oral. Existem recursos humanos qualificados e disponíveis que, através de parcerias ativas com vários *stakeholders* da área da saúde oral, poderão desenvolver um trabalho satisfatório e contribuir para a constante redução dos números associados às doenças orais.

Atualmente, a WHO defende que as soluções para as doenças orais podem alcançar resultados mais eficazes quando associadas a programas nacionais e comunitários de saúde pública, nomeadamente ações de promoção de uma dieta saudável, prevenção das doenças orais e outras doenças relacionadas com o tabaco, desenvolvimento de programas direcionados para a população mais empobrecida, desenvolvimento de sistemas de vigilância em saúde oral, promoção da saúde oral nas escolas e junto dos idosos, bem como promoção da investigação em saúde oral.

## 7. Conclusão

Os cuidados de saúde oral em Portugal continuam a ser um dos setores da saúde com menor cobertura por parte do SNS. Existe predominância na prestação deste tipo de cuidados pelo setor privado, implicando um financiamento maioritariamente através de pagamentos diretos por parte da população. Em virtude do elevado impacto económico que a despesa em cuidados de saúde oral apresenta em termos de despesa familiar, muitas vezes, a procura por este tipo de cuidados é limitada às questões urgentes.

O facto dos cuidados de saúde oral estarem associados a uma elevada despesa privada, constitui uma barreira ao seu acesso, principalmente pelos grupos mais vulneráveis e desfavorecidos, evidenciando as desigualdades sociais. Em conformidade, os valores apresentados em termos de necessidades não satisfeitas em saúde oral e de indicadores de saúde oral comprovam o acesso limitado e inequitativo a este tipo de cuidados.

Atendendo aos problemas supracitados, surgiu a necessidade de elaborar uma estimativa de custos que traduza o impacto da introdução de um sistema de saúde oral no SNS português e avaliar os possíveis impactos no estado de saúde da população. Para tal, foram analisados vários sistemas de saúde oral implementados noutros países pertencentes à UE e à OCDE, com um sistema de saúde do tipo *beverigiano*.

A análise e comparação dos países pertencentes à amostra permitiu agregar um conjunto de informação relevante nesta área de investigação e identificar o sistema de saúde oral que melhor pode ser aplicado a Portugal, tanto em termos de cuidados de saúde oral fornecidos à população, como em termos económicos.

Para estimar os custos associados à implementação de um sistema de saúde oral no SNS português foi tido como base a despesa em saúde oral da Finlândia, concretamente, a despesa com financiamento público, por parte do Estado e dos municípios. Após a correção do valor da despesa face ao número de habitantes em ambos os países e à diferença da despesa anual relativa aos funcionários de administração pública, estimou-se ser necessário aproximadamente 542 milhões de euros para implementar um sistema de saúde oral no SNS português. Este valor resulta num custo *per capita* em cuidados de saúde oral de 52.22 euros.

Acrescido ao valor de despesa em saúde oral foi necessário contabilizar os custos operacionais do projeto, nomeadamente o investimento de capital necessário para operacionalizar os gabinetes para prestação de cuidados de saúde oral. Assumindo que cada gabinete está associado a um Dentista, o número de Dentistas necessários é igual ao número de gabinetes, ou seja, 6900 Dentistas e, por sua vez, 6900 gabinetes.

De acordo com o valor estimado para cada gabinete, 55.2 mil euros, é necessário aproximadamente 380 milhões de euros para colocar em funcionamento o número de gabinetes precisos para garantir o acesso a toda a população. Contudo, mediante uma taxa de utilização hipotética de 50% por parte da população, taxa que poderá representar a realidade portuguesa, o investimento necessário reduz para metade.

Analisando a densidade populacional das várias RRAS, é ainda possível identificar as necessidades mediante as regiões. Por exemplo, as regiões de Porto e Lisboa são as que apresentam maior necessidade de profissionais de saúde oral e, consequentemente, gabinetes para prestação deste tipo de cuidados. Face à densidade populacional de ambas as regiões, estimou-se serem necessários 1625 gabinetes no Porto e 1517 gabinetes em Lisboa, representando quase metade dos profissionais e gabinetes do país.

Apesar dos recursos financeiros serem limitados e do investimento necessário ser elevado, é relevante reconhecer a importância desta matéria e atuar com brevidade. O investimento direto por parte do Estado em termos de capacidade própria é certamente uma possibilidade. Contudo poderá levar à duplicação da capacidade, face à vasta rede de prestadores privados já instalados no mercado. É, portanto, pertinente idealizar o projeto numa perspetiva gradual, aumentando sucessivamente o acesso a cuidados de saúde oral à população, começando, por exemplo, pelos grupos mais desfavorecidos ou indivíduos com patologias crónicas.

O objetivo primordial de um sistema de saúde é contribuir para um bom estado de saúde da população e para tal, é necessário melhorar o nível médio de saúde da mesma. Os ganhos em saúde oral poderão ser satisfatórios com a introdução de um sistema de saúde oral acessível e universal. Desde a introdução do PNPSO, os ganhos em saúde são assinaláveis, principalmente na população infantil. Os níveis de cpod aos 6 anos e CPOD aos 12, 15 e 18 anos melhoraram significativamente, sendo que em termos de CPOD aos 12 anos, Portugal conseguiu atingir o limite estabelecido pela WHO. Da mesma forma, o

índice de dentição livre de cáries dentárias aos 6 anos de idade e o índice periodontal aos 12, 15 e 18 anos tiveram uma evolução positiva nos últimos anos.

Por outro lado, a taxa de incidência de cancro oral continua a apresentar números assustadores, colocando Portugal em segundo lugar no que respeita ao país com maior taxa de incidência desta patologia. A baixa sobrevivência está associada ao diagnóstico tardio, muitas vezes relacionado com o acesso limitado aos cuidados de saúde oral. Apesar do PNPSO, em 2014, ter introduzido a intervenção precoce no cancro oral, dos 2700 cheques-dentista emitidos, apenas 10% originaram resultado positivo para cancro oral. Perante esta realidade, o custo da não adoção de novas políticas em saúde oral, mantendo a situação atual, é muito superior a qualquer medida ou estratégia de prevenção.

Portanto, o grande desafio passa pela capacidade de implementar um sistema de saúde oral acessível e equitativo, adotando medidas e estratégias de promoção e prevenção em saúde oral, eliminando problemas de indução da procura e, eventualmente, procura em excesso, que poderão decorrer de um sistema com cobertura universal, publicamente financiado (ainda que estejam associadas taxas moderadoras no acesso aos cuidados prestados).

A prazo, seria interessante que uma investigação futura se debruçasse nos resultados do projeto piloto das USO, em termos de ganhos em saúde, melhoria do estado de saúde da população, implicações financeiras (custos de investimento, custos operacionais, custo por consulta e custo *per capita*) e ainda em termos de recursos humanos associados ao projeto. O tempo médio de consulta e fila de espera são também indicadores a ter em consideração por forma a determinar a capacidade do sistema.

A confirmação da robustez de alguns destes resultados e estimativas seria uma mais-valia relativamente às orientações políticas e orçamentais que este estudo pode promover, na implementação de sistema de saúde oral no SNS português.

Por fim, uma das limitações mais importantes deste estudo prende-se com o facto de não existirem estudos prévios nesta linha de investigação, em Portugal, e a informação em termos de despesa pública em saúde oral não estar divulgada de forma atualizada. A informação relativa aos recursos físicos e humanos integrados no âmbito do SNS, no setor saúde oral, é escassa e de certa forma ambígua, dificultando a recolha de dados e a

consolidação dos resultados. No desenvolvimento do estudo existiram também algumas dificuldades, nomeadamente relacionadas com a informação sobre o sistema de saúde oral da Finlândia, visto grande parte da informação não se encontrar em inglês, mas apenas na língua oficial do país. Conjuntamente, a informação sobre o sistema de saúde oral dos vários países pertencentes ao Reino Unido é insuficiente quando apresentada de forma individual, implicando a análise da informação em conjunto, enquanto Reino Unido.



## 8. Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2015). *Inventário de Pessoal do Sector da Saúde / 2014*. Ministério da Saúde.
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (1 de Julho de 2016a). *Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados*. Obtido de Administração Central do Sistema de Saúde: <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadePlaneOrganiza%C3%A7%C3%A3odeServi%C3%A7osdeSa%C3%BAde/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/URAP/tabid/852/language/pt-PT/Default.aspx>
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (1 de Julho de 2016b). *Unidade de Cuidados na Comunidade*. Obtido de Administração Central do Sistema de Saúde: <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadePlaneOrganiza%C3%A7%C3%A3odeServi%C3%A7osdeSa%C3%BAde/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/UCC/tabid/850/language/pt-PT/Default.aspx>
- ADSE. (2015). *Relatório de Atividades de 2014*. Ministério das Finanças ADSE.
- Alípio, S. (s/d). *Guia Prático: Como criar uma Clínica Dentária*. Porto: ANJE – Associação Nacional de Jovens Empresários.
- Anell, A., Glenngård, A., e Merkur, S. (2012). Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 14, pp. 1-159.
- Associação Portuguesa de Higienistas Orais (APHO). (2016). *O Higienista Oral*. Obtido de Associação Portuguesa de Higienistas Orais: <http://www.apho.pt/node/59>
- Araújo, F. (2016). *Despacho n.º 8591-B/2016*. Lisboa: Diário da República n.º 125/2016, 1º Suplemento, Série II .
- Assembleia da República. (1990). *Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde*. Lisboa: Assembleia da República.

- Assembleia da República. (2005). *Constituição da República Portuguesa - VII Revisão Constitucional*. Lisboa: Assembleia da República.
- Barros, P. (2013). *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos* (3ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Barros, p., Machado, S., e Simões, J. (2011). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 13, pp. 1-156.
- Boyle, S. (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 13, pp. 1-486.
- Calado, R., Ferreira, C., Nogueira, P., e Melo, P. (2015). *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Carp, R., e Tavares, M. (1989). *Portaria nº 303/89 de 21 de abril*. Lisboa: Diário da República - I Série.
- Council of European Chief Dental Officers (CECDO). (26 de Julho de 2012). *CECDO Database*. Obtido de Council of European Chief Dental Officers: <http://cecdo-test.goeg.at/oral-healthcare/cecdo-database/>
- Centeno, M., e Fernandes, A. (2016). *Portaria n.º 64-C/2016 de 31 de março*. Diário da República, 1.ª série — N.º 63.
- Costa, F. (2013). *Despacho n.º 7402/2013*. Lisboa: Diário da República, 2.ª série — N.º 110 — 7 de junho de 2013 .
- Costa, F. (2014). *Despacho n.º 686/2014*. Lisboa: Diário da República, 2.ª série — N.º 10 — 15 de janeiro de 2014.
- Costa, F. (2015). *Despacho n.º 12889/2015*. Lisboa: Diário da República, 2.ª série — N.º 223 — 13 de novembro de 2015.
- Cruz, G. (2014). Oral health disparities: Opportunities and challenges for policy communication. *Journal of Communication in Healthcare*, 7, N° 2, pp. 74-76.
- Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C., e Steel, D. (2015). United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 17, pp. 1-125.

- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2006). *Intervenção dos Higienistas Orais nos Centros de Saúde*. Ministério da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2008). *Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2015). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (2009). *Estudo sobre a Concorrência no Sector da Prestação de Serviços de Saúde Oral*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde.
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (2014a). *Acesso, Concorrência e Qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral*. Porto.
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (8 de Setembro de 2014b). *Tipologias já regulamentadas - Licenciamento*. Obtido de Entidade Reguladora da Saúde: [https://www.ers.pt/pages/381?news\\_id=862](https://www.ers.pt/pages/381?news_id=862)
- Eurobarometer. (2010). *Special Eurobarometer 330 - Oral Health*. Belgium: TNS Opinion & Social.
- Eurostat. (Maio de 2016a). *Unmet health care needs statistics*. Obtido em Janeiro de 2016, de Health - Statistical articles: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet\\_health\\_care\\_needs\\_statistics#Unmet\\_needs\\_for\\_medical\\_care](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_medical_care)
- Eurostat. (2016b). *Eurostat - Population (Demography, Migration and Projections)*. Obtido de Eurostat: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-data/main-tables>
- FDI. (2014). *Oral Health - Worldwide*. Switzerland: FDI World Dental Federation.
- FDI. (2015). *The Challenge of Oral Disease - The Oral Health Atlas*. Geneva: FDI World Dental Federation.

- Ferré, F., Belvis, A., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., e Fattore, G. (2014). Italy: Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 16, pp. 1-168.
- Firmino, A. (2014). *Comparação entre Sistemas de Saúde Oral de 8 Países da União Europeia e Intervenções por Estes Desenvolvidas no Seguimento das Linhas de Atuação Definidas pela Organização Mundial de Saúde para o Ano 2020*. Escola Nacional de Saúde Pública e Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- García-Armesto, S., Abadía-Taira, M., Durán, A., Hernández-Quevedo, C., e Bernal-Delgado, E. (2010). Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 12, pp. 1-295.
- Glick, M., Silva, O., Seeberger, G., Xu, T., Pucca, G., Williams, D., . . . Séverin, T. (2012). *FDI Visão 2020 - Uma reflexão sobre o futuro da saúde oral*. Switzerland: FDI World Dental Federation.
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *The Journal of Political Economy*, 80, N° 2, Vol. 4, pp. 223-255.
- Guterres, A. (1999). *Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de Dezembro*. Lisboa: Diário da República - I SÉRIE-A.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). (2012). *GLOBOCAN 2012*. Obtido em Janeiro de 2016, de International Agency for Research on Cancer: <http://globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2015). *Estatísticas da Saúde 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I. P.
- Kravitz, A., e Bullock, A. (2015). *MANUAL OF DENTAL PRACTICE 2015*. Cardiff University, Council of European Dentists, United Kingdom.
- Longley, M., Riley, M., Davies, P., e Hernández-Quevedo, C. (2012). United Kingdom (Wales): Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 14, pp. 1-84.

- Lourenço, A., e Barros, P. (2016). *Cuidados de Saúde Oral - Universalização*. Lisboa: Nova Healthcare Initiative – Research / Universidade Nova de Lisboa.
- Matveinen, P., e Knappe, N. (28 de Junho de 2016). *Health Expenditure and Financing 2014*. Obtido de THL - National Institute for Health and Welfare:  
<https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/statistics/statistics-by-topic/finances-in-the-health-and-social-services-sector/health-expenditure-and-financing>
- Miguel, L., e Sá, A. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir*. Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2015). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas 2014*. Ministério da Saúde.
- Morais, T. (2010). *Relatório de Estágio em Estomatologia*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- NHS. (6 de Junho de 2014). *How much will I pay for NHS dental treatment?* Obtido de NHS Choices:  
<http://www.nhs.uk/chq/Pages/1781.aspx?CategoryID=74&SubCategoryID=742>
- NHS. (2016). *NHS Direct Wales*. Obtido de How much does NHS dental treatment cost?:  
[http://www.nhsdirect.wales.nhs.uk/localservices/dentistfaq/#have\\_to\\_pay\\_](http://www.nhsdirect.wales.nhs.uk/localservices/dentistfaq/#have_to_pay_)
- Niiranen, T., Widström, E., e Niskanen, T. (2008). Oral Health Care Reform in Finland – aiming to reduce inequity in care provision. *BMC Oral Health*, pp. 1-9.
- O'Neill, C., McGregor, P., e Merkur, S. (2012). United Kingdom (Northern Ireland): Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 14, pp. 1-91.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2013). *Health at a Glance 2013*. Glance Publications.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2015). *Health at a Glance 2015*. Glance Publications.

- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (29 de Junho de 2016a). *Level of GDP per capita and productivity*. Obtido de OCDE.Stat: [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=PDB\\_LV](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=PDB_LV)
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (4 de Julho de 2016b). *Human Resources Management: Country Profiles*. Obtido de OECD Better Policies for Better Lives: <http://www.oecd.org/gov/pem/hrpractices.htm>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (4 de Julho de 2016c). *11. Government expenditure by function (COFOG)*. Obtido de OECD.Stat: [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA\\_TABLE11](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA_TABLE11)
- Olejaz, M., Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Birk, H., Krasnik, A., e Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 14, pp. 1-192.
- Ordem dos Médicos (OM). (05 de 04 de 2016). *Estatísticas Nacionais*. Obtido de Ordem dos Médicos: <https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=da4fb5c6e93e74d3df8527599fa62642&id=3ce3bd7d63a2c9c81983cc8e9bd02ae5>
- Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). (2010). *PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016 - Estratégia de saúde oral em Portugal*. Porto.
- Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). (2015a). *Os Números da Ordem 2015*. Ordem dos Médicos Dentistas.
- Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). (2015b). *Barómetro Nacional de Saúde Oral*. Ordem dos Médicos Dentistas e Observatório de Saúde Oral.
- Ordem dos Economistas. (2013). Política de Saúde. *Orçamento de Estado I 2014*. Ministério da Saúde.
- Patel, R. (2012). *The State of Oral Health in Europe*. Platform for Better Oral Health in Europe.

- Petersen, P. (2008). World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. *International Dental Journal*, pp. 115-121.
- Raittio, E., Kiiskinen, U., Helminen, S., Aromaa, A., e Suominen, A. (2014). Dental attendance among adult Finns after a major oral health care reform. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, pp. 591–602.
- Steel, D., e Cylus, J. (2012). United Kingdom (Scotland): Health system review. *Health Systems in Transition*, pp. 1-150.
- Tomar, S., e Cohen, L. (2010). Attributes of an ideal oral health care system. *Journal of Public Health Dentistry*, pp. S6–S14.
- Vuorenkoski, L. (2008). Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 10, pp. 1-168.
- World Health Organization (WHO). (2012). *Oral health - Fact sheet N°318*. Obtido em Janeiro de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>
- World Health Organization (WHO). (2015). *Health and human rights - Fact sheet N°323*. Obtido em Janeiro de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>
- World Health Organization (WHO). (2016). *World Health Organization*. Obtido em Janeiro de 2016, de <http://www.who.int/about/en/>